



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

THALYTA RAYANNA FONTES ROCHA SANTOS

**AS RELAÇÕES DE TRABALHO E DE GÊNERO NA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CAPS AD NO MUNICÍPIO DE ARACAJU**

SÃO CRISTÓVÃO/SE

2017

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S237r	<p>Santos, Thalyta Rayanna Fontes Rocha</p> <p>As relações de trabalho e de gênero na percepção dos profissionais que atuam no CAPS AD no município de Aracaju / Thalyta Rayanna Fontes Rocha Santos ; orientadora Maria Helena Santana Cruz. – São Cristóvão, 2017.</p> <p>156 f. : il.</p> <p>Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, 2017.</p> <p>1. Serviço social. 2. Assistência social - Trabalhadores. 3. Política de saúde. 4. Saúde pública. 5. Álcool. 6. Drogas. 7. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - Aracaju. I. Cruz, Maria Helena Santana, orient. II. Título.</p> <p>CDU 364.4:614-058.7(813.7)</p>
-------	---

THALYTA RAYANNA FONTES ROCHA SANTOS

**AS RELAÇÕES DE TRABALHO E DE GÊNERO NA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CAPS AD NO MUNICÍPIO DE ARACAJU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Serviço Social como requisito para a defesa da
titulação de mestre em Serviço Social pela Universidade
Federal de Sergipe.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Santana Cruz

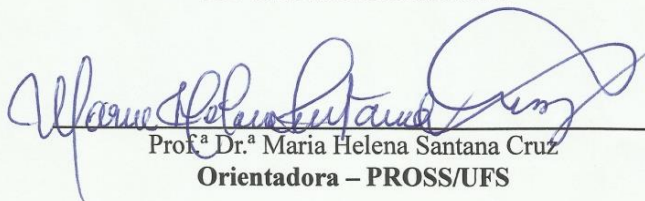
**SÃO CRISTÓVÃO/SE
2017**

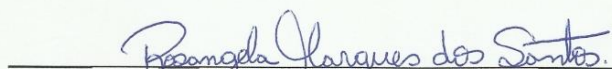
THALYTA RAYANNA FONTES ROCHA SANTOS


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social como requisito para a defesa da titulação de mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Sergipe.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Santana Cruz

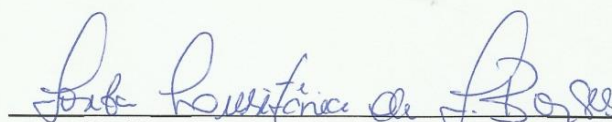
Aprovado em 23/03/2017

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a Maria Helena Santana Cruz
Orientadora – PROSS/UFS


Prof.^a Dr.^a Rosângela Marques dos Santos
Examinadora – DSS/UFS


Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Souza Couto
Examinadora – SEED/FACULDADE AMADEUS


Prof.^a Dr.^a Josefa Lusitânia de Jesus Borges
Examinadora – DSS/UFS

**São Cristóvão/SE
2017**

AGRADECIMENTOS

A Deus toda honra e toda a glória, pois a força para trilhar nessa trajetória veio DEle e sem Ele nada disso seria possível.

Não tenho como deixar de agradecer aos meus pais por toda compreensão e esforço para que eu me dedicasse inteiramente aos estudos, aos meus queridos avós que sempre como muito zelo cuidaram de mim. Ao fofó do meu irmão que sempre me mostrou que a vida não se limita aos livros. E aos meus tios, em especial a minha tia Geovania por vibrar a cada conquista minha. Aos meus primos e a minha prima, quase irmã, Geovanna, por compartilhar de cada escolha que fiz. Ao meu namorado por me apoiar, me acompanhar em cada escolha e por todo carinho de sempre.

Aos meus amigos queridos: Thais, Thamara, Aiane, Tati, Moana, Gaby, Ray, Luíza, Laís, Ana Clécia, Flávia, Selma, Michele, Inea, Edson, que em todos os momentos me desejaram o melhor e torceram por minha vitória. E aos que mesmo não citados foram tão presentes e essenciais em cada fase.

A minha turma de sala de aula com quem compartilhei tantos momentos bons e difíceis. Aos professores queridos por dividir todo o conhecimento teórico e de vida. Especialmente a minha orientadora Maria Helena que sempre se manteve disponível para sanar as minhas dúvidas e para me aproximar do meu objeto de estudo, agradeço a dedicação e o cuidado com cada vírgula utilizada para fundamentar este trabalho. Agradeço também a professora Rosângela sempre tão acessível desde a graduação e no estágio docência por me fazer vivenciar o que significa à docência, e que com toda responsabilidade contribuiu para o meu crescimento profissional. A professora Lica que com tanta graça e delicadeza tornou esse processo muito suave e crítico.

A equipe do PET Saúde Mental que me despertou para esse conteúdo tão importante para a sociedade. A equipe do CAPS AD que me recebeu abertamente e que colaborou de forma grandiosa com esta pesquisa de campo.

E a todos que direta e indiretamente impulsionaram o início e a conclusão desse mestrado. Desejo que este trabalho contribua significativamente com a reflexão das nossas práticas.

LISTA DE SIGLAS

ABEAD – Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
CPS – Centro de Políticas Sociais
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FGV – Fundação Getúlio Vargas
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA – Instituto Brasileiro de Pesquisa Econômica Aplicada
LENAD – II Levantamento Nacional de Álcool e Outras Drogas
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NEIP – Núcleo de Estudos Interdisciplinares Sobre Psicoativos
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OBID – Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e Outras Drogas
PEC – Projeto de Emenda à Constituição
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PRD – Projeto de Redução de Danos
PTS – Projeto Terapêutico Singular

PT – Partido dos Trabalhadores
RPA – Recibo de Pagamento Autônomo
RD – Redução de Danos
REAPS – Rede de Atenção Psicossocial
REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju
SPA – Substâncias Psicoativas
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR – Técnico de Referência
UDI – Usuários de Drogas Injetáveis
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estado civil dos participantes	90
Tabela 2 - Regularidade de consumo de álcool, população adulta não abstêmia, por gênero..	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Atenção à Saúde.....	51
---------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Prevalência de indivíduos com indicadores de depressão consumidores de maconha e cocaína por gênero.....	84
Gráfico 2 - Prevalência de abuso e dependência de álcool por gênero	85
Gráfico 3 - Prevalência de vítimas de assaltos e de envolvimento em brigas com agressão física por gênero	95
Gráfico 4 - Prevalência de vítimas de estupro por gênero.....	96

RESUMO

O estudo tem como objetivo trazer à cena do campo da produção do conhecimento as relações de trabalho e de gênero na percepção dos profissionais que atuam no CAPS AD no município de Aracaju/SE. A problemática das drogas constitui uma expressão da questão social e como tal não pode ser estudada desconectada da análise macroestrutural e política. A pesquisa inspirou-se no materialismo histórico dialético, em conexão com a análise da totalidade e da mediação que circulam o objeto, constituídas por meio de processos sociais. A postura crítica visa romper com a análise superficial e de superação da imediatez do real, por meio da abordagem metodológica qualitativa com base no estudo de caso. O campo empírico da pesquisa abrange o Centro de Atenção Psicossocial AD integrado à Rede de Atenção em Saúde Mental no município de Aracaju/SE, responsável pelo atendimento a usuários de álcool e outras drogas. A população-alvo engloba profissionais de nível superior que compõem a equipe técnica de referência do CAPS AD. Diferentes fontes foram consultadas: bibliográficas por meio da revisão de literatura; documentos oficiais que norteiam o atendimento aos usuários da instituição, destacando-se os seus pressupostos. O acesso aos respondentes ocorreu por meio da entrevista semiestruturada com nove (09) entrevistados (as), três (03) homens e seis (06) mulheres, respeitando-se os aspectos éticos determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os depoimentos evidenciam que o uso de drogas em geral se inicia ainda no ambiente familiar ou porque o genitor ou parente utiliza a droga rotineiramente ou para o lazer – o chamado beber socialmente –, e esse uso se estende de forma naturalizada para os outros membros da família. No caso de mulheres, o uso das drogas é frequentemente relacionado a situações traumáticas vivenciadas na infância ou na vida adulta; pela inserção em redes sociais ou grupos de amizade que utilizam drogas, condicionando o uso de variadas substâncias e tornando-as vulneráveis. A rede familiar é considerada um aspecto fundamental no processo de reabilitação social dos (as) usuários (as). Adverte-se para a importância de se fortalecer entre os profissionais a sensibilidade e a compreensão das assimetrias em relação às demandas de gênero, etnia/raça, idade, pois esses demandam mudanças no processo de formação e no perfil profissional no trabalho em saúde, impondo novos desafios como superar os preconceitos e discriminações nos ambientes de trabalho e no gerenciamento das políticas.

Palavras-chaves: Política Pública. Álcool e outras Drogas. Gênero. Saúde.

ABSTRACT

The study has how to object to bring the field scene knowledge production the relation of work and genre In the perception of professionals that act in CAPS AD in city of Aracaju/SE. The problem of drugs are a expression of social question and how can't be to be studied disconnected of macrostructural analysis and policy. The search inspired in materialism dialectical history in connection with analysis of totality and mediation that circulate the object, Constituted by means of Partner processes the critical stance aims to break with the superficial analysis and overcoming of the immediacy of the real, Through the methodological approach qualitative based in Case study. The empirical field of research encompasses main attention psychosocial AD integrated into the care network in mental health in the municipality of ARACAJU/SE responsible By the attendance to users alcohol and other drugs. The target population encompasses top-level professionals that make up the technical team of reference of CAPS AD. Different sources were consulted: Bibliographical by means of literature review; Documents that guide the service to the users of institution, highlighting its assumptions. The access to respondents occurred through the semi-structured interview with nine (09) interviewed, three (03) men and six (06) women, Respecting the ethical aspects determined by the Resolution 466/2012 of National Health Council. The testimonies show that the use of drugs in general and started in the family environment or because the parent or relative uses the drug routinely or for leisure -The so-called social drink- - and this use extends in a naturalized way to the other members of the family. in the case of women, drugs use is often related to traumatic situations experienced in childhood or adult life; Insertion in social networks or groups of friendship using drugs, conditioning the use of various substances and making them vulnerable. The family environment is considered a fundamental aspect in the process of social rehabilitation of the users. The importance of strengthening the sensitivity and understanding of the asymmetries among the professionals in relation to the demands of gender, ethnicity / race, age, because these demand changes in the training process and in the professional profile in health work, Imposing new challenges such as overcoming prejudices and discrimination in the workplace and in policy management.

Keywords: Public Policy. Alcohol and other Drugs. Genre. Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1: A QUESTÃO DA POLÍTICA EM RELAÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	22
1.1 Uso de drogas na contemporaneidade	22
1.1.2 A política de saúde mental e o SUS	29
1.1.3 A política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas	4040
1.1.4. Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS	50
CAPÍTULO 2: APORTES TEÓRICOS E CATEGORIAS ORIENTADORAS	55
2.1 Trabalho em saúde	55
2.1.2 O que é trabalho?	55
2.1.3 Contexto contemporâneo do trabalho	577
2.1.4 O trabalho no SUS	59
2.2 Contexto em que o trabalho se realiza	64
2.2.1 Questão social na contemporaneidade	64
2.2.2 Os estereótipos de papéis e segregação do (a) usuário (a) de álcool e outras drogas, limites à ampliação dos direitos sociais	72
2.2.3 Transversalidade de gênero nas políticas sociais	76
CAPÍTULO 3: DIFERENCIAIS NO USO DE DROGAS PELA POPULAÇÃO FEMININA	82
CAPÍTULO 4: O CONTEXTO DE TRABALHO, SIGNIFICADO, POSSIBILIDADES COM RELAÇÃO À AMPLIAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS.	98
4.1 O contexto do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas Primavera – Aracaju	98
4.2 A construção das relações sociais e dinâmica do cotidiano de trabalho no CAPS	101
4.2.1 Caracterização da prestação do serviço no contexto do CAPS AD III – Primavera	101
4.2.2 Vínculo empregatício dos profissionais	103
4.2.3 Especialização para trabalhar na área de álcool e outras drogas	106
4.2.4 Capacitação para atuação na área de álcool e outras drogas	107
4.2.5 Sobre álcool e drogas e tempo de atuação na área	109

4.2.6 Sobre o trabalho.....	112
4.2.7 Aspectos positivos e negativos em relação do trabalho na área.....	113
4.2.8 Operacionalização do trabalho	115
4.2.9 Sobre a Rede.....	118
4.2.10 Sobre a percepção das diferenças de gênero	121
4.2.11 Diferenças em relação ao uso de drogas pelos públicos feminino e masculino	122
4.2.12 Atividades/ações para os diversos públicos (homens e mulheres) assistidos pelo CAPS AD	126
4.2.13 Desigualdades/discriminações de gênero sofridas enquanto profissionais atuantes nesse espaço	129
4.2.14 Sobre a política e os direitos sociais.....	131
4.2.15 Desafios e limitação do CAPS para garantir a efetividade da política.....	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
REFERÊNCIAS	141
APÊNDICE A	151
APÊNDICE B.....	152
APÊNDICE C	153
ANEXO I	155
ANEXO II.....	153

1. INTRODUÇÃO

O interesse pelo estudo do tema desta pesquisa ocorreu devido à aproximação desta pesquisadora com a temática sobre o uso de álcool e outras drogas no ano de 2012 por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde Mental) do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, desenvolvido junto ao curso de Serviço Social da UFS. Nesse momento, foi possível a minha inserção nos equipamentos de saúde do município de Aracaju/SE com a realização de atividades conjuntas com o Programa de Redução de Danos (PRD), a abordagem ao público usuário de substâncias psicoativas, e outras atividades relacionadas ao assunto, seguida da realização de uma pesquisa com a equipe intitulada “O cuidado a usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas que vivem em situação de rua: o desafio de articulação de redes no município de Aracaju”, e, posteriormente, o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso “As ações do projeto de redução de danos: a percepção dos redutores que atuam no município de Aracaju/SE”.

A Política Pública sobre Álcool e outras Drogas na área da Saúde consiste em uma temática de considerável relevância e impacto no Brasil, principalmente diante de um contexto em que existe o temor de retrocessos no que tange a essa política em âmbito nacional, em decorrência da instabilidade política do país¹. A atual conjuntura torna incertos os avanços alcançados por meio de lutas para se estabelecer uma política social² de caráter público, imbricada com o respeito, a dignidade e o convívio social de pessoas historicamente segregadas de todo o processo da vida social e limitadas ao rótulo de usuárias de drogas, sem que as outras esferas de sua sociabilidade fossem percebidas e trabalhadas.

¹ O Brasil, desde a eleição presidencial de 2014, tem vivenciado um contexto de crise política partidária que desencadeou a homologação do pedido de impeachment da ex-Presidenta da República Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT), e a posse do Vice-Presidente Michel Temer, em uma conjuntura efervescente de mobilizações contra e a favor desse processo. Junto a esse fato histórico, denúncias de corrupção envolvendo parlamentares de renome no Brasil e vinculados a diversos partidos políticos. O processo de impeachment ocorrido em 2016 tem sido caracterizado como um verdadeiro golpe contra a democracia pela forma como foi projetado e articulado entre partidos das casas (Câmara, Senado), Judiciário e a própria articulação estruturada pelo Vice-Presidente, que, inclusive, após a posse incrementou uma série de medidas classificadas como antidemocráticas para conter a crise econômica do país, como exemplo de uma de suas propostas está o Projeto de Emenda à Constituição (PEC) 55, chamada de PEC da morte, pois prevê o congelamento dos gastos com a saúde e educação por 20 anos.

A PEC 55 e a decadência das políticas públicas brasileiras. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/blogs/o-brasil-no-mundo/pec-55-e-a-decadencia-das-politicas-publicas-brasileiras> /A crise política e os pedidos de impeachment. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/especiais/impeachment>

² De acordo com Pereira (2008), por política social entende-se um conjunto de ações desenvolvidas por um Estado de caráter interventivo, mas precisamente na fase monopolista do capitalismo, para responder às demandas da sociedade.

A pesquisa aborda um tema polêmico³, atravessado por inúmeras e distintas concepções, porém, não se pretende aqui polemizar essa questão. A pretensão deste estudo é ampliar a compreensão da temática sobre o trabalho e da questão social que permeia de diferentes formas o cotidiano dos (as) usuários (as), da política pública sobre álcool e outras drogas, a partir da intervenção dos profissionais no contexto institucional. A problemática das drogas é considerada uma das expressões da questão social e, portanto, tem suporte na perspectiva crítica objetivando compreender suas determinações sociais e históricas na sociedade capitalista contemporânea. Busca-se refletir como essas expressões do contexto social interferem sobre o trabalho e tornam visíveis as assimetrias de gênero.

Entre os anos de 2012 a 2014, a mídia brasileira evidenciou um cenário de marginalização e criminalização da população usuária de drogas, principalmente em cidades sede dos dois grandes eventos mundiais que o país receberia, a Copa do Mundo de futebol e as Olimpíadas, em que muitas das respostas/soluções encontradas para a problemática foram internações compulsórias via Justiça, pelas quais ficaram comprovados interesses privados sobre essa política pública; uma série de medidas de “limpeza social” foram empreendidas para camuflar a questão. Gomes e Capponi (2011, p.10) descrevem episódios vivenciados em duas das principais cidades do País:

Já no começo de 2012, as cenas vivenciadas no centro de São Paulo mostraram a violência policial contra usuários de drogas, em sua maioria população de rua, e internações involuntárias e compulsórias dessas pessoas em comunidades terapêuticas. Na região conhecida como Cracolândia, assistimos à ação de um efetivo policial com mais de 250 homens agindo violentamente contra pessoas desarmadas, vulneráveis e com sérios problemas de saúde. Enquanto isso, no Rio de Janeiro, desde maio de 2011 ações constantes de internações e abrigamentos compulsórios de pessoas (adultos e crianças) apenas por aparentar serem usuários de crack em situação de rua são feitas de forma totalmente desrespeitosa à Constituição e aos direitos dessas pessoas. Essas pessoas são levadas a espaços de segregação com equipes e infraestruturas precárias e que já receberam denúncias de diversos órgãos municipais, estadual e federal quanto ao tipo de tratamento que ofertam.

Nesse caso, a mídia vem favorecer de forma negativa a caracterização e vinculação do (a) usuário (a) à figura criminosa, ao retratar o uso de drogas, principalmente o crack, como uma epidemia de alta gravidade, que destrói em menos de meses qualquer ser humano e abduz a sua consciência. Conforme pontuam Gomes e Capponi (2011), ao mesmo tempo exigem-se das autoridades públicas uma solução rápida frente a esse fenômeno, que tem sua essência na própria estrutura e organização da sociedade.

³ Entre as polêmicas do debate sobre as drogas encontram-se: a descriminalização das drogas; a legalização da maconha; o tráfico; a violência; a associação do uso com práticas criminosas; o uso de drogas por crianças e adolescente; as internações compulsórias/involuntárias.

Frente a essas medidas polêmicas tomadas, sem o debate de instituições que atendem usuários (as), sem a opinião dos (as) profissionais que atuam diretamente com a política, e os próprios usuários (as), a citação a seguir questiona que a luta pela reforma psiquiátrica recém-incorporada, mas não plenamente consolidada, tem sido deixada de lado.

[...] Enquanto isso, vemos o investimento público em instituições de cunho religioso, que haviam sido vetadas nas últimas Conferências de Saúde Mental (2010) e de Saúde (2011). Mais grave que defender a exclusão é escolhê-la quando já se apostou na construção de práticas e políticas públicas libertárias e cidadãs. Ao proporcionar a banalização da internação contra a vontade do usuário, se liberou uma nova ordem de violência contra as populações mais vulneráveis. Os usuários das chamadas cracolândias, esquecidos por lá durante mais de 20 anos, precisam, de repente, ser “freados” em seu vício, custe o que custar, numa reedição do higienismo social praticado no século XIX (GOMES; CAPPONI, 2011, p.11).

O histórico afastamento social das pessoas usuárias é, então, potencializado por um contexto de crise, conforme assinala Neves (2000), em que se desenha com veemência a fragilização dos direitos sociais, tendo em vista que a fase neoliberal do capitalismo apregoa um Estado mínimo para o social, e conseqüentemente fragiliza, mercantiliza serviços, precariza relações de trabalho, e segmenta as políticas públicas.

Historicamente o proibicionismo punitivo ocupou uma pauta hegemônica ao se tratar da matéria sobre drogas, principalmente sobre o enfoque da criminalização, não só acerca da comercialização clandestina de substâncias ilícitas, mas também no tocante ao uso; até o momento em que essa discussão passa a ocupar o cenário social e a questão das drogas ser considerada uma matéria de saúde pública. Um dos principais fatos nessa reorientação de perspectivas sobre os (as) usuários (as) se deu em decorrência da epidemia da AIDS, entre os (as) usuários (as) de drogas injetáveis, no final da década de 1970 e início dos anos de 1980. Conseqüentemente, outras demandas de saúde passaram a ser visualizadas, como o crescimento da morbitabilidade decorrente do uso do álcool, droga considerada lícita, tanto em mulheres quanto em homens, e dentre tantas doenças associadas ao consumo de substâncias psicoativas, entre elas os transtornos psiquiátricos.

Em 2008 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou as Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar, por meio da quais divulgou que “cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, sendo o mesmo observado no território brasileiro” (BRASIL, 2008, p.7), dado publicizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, é preciso pensar as

implicações referentes à demanda de saúde decorrentes do uso de álcool e o contexto no qual elas estão inseridas.

É de extrema importância pontuar que não há um perfil estratificado para classificar usuários (as) de álcool e outras drogas; torna-se ainda mais importante compreender que esses indivíduos não são pessoas diferentes de qualquer outro, e, por isso, as suas relações e interações sociais não devem ser interrompidas por estarem na condição de usuários (as) de substâncias ilícitas.

Vale frisar que as mais variadas substâncias psicoativas classificadas como ilícitas tornam-se um componente presente no cotidiano de trabalhadores da área da mesma forma que as drogas lícitas. Neste sentido, um novo desafio se apresenta para o profissional que atende usuários (as) de drogas particularmente da rede pública de saúde. Isto porque ele deve não apenas cuidar de pessoas com sofrimento ou transtorno mental, mas também de pessoas com “necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011).

A aplicação da perspectiva de gênero nos estudos sobre drogas, especialmente no Brasil, tem possibilitado visualizar as condições de vulnerabilidade das mulheres frente aos usos e abusos de entorpecentes, na medida em que permite a divulgação das particularidades, necessidade e problemáticas que afetam essas usuárias, desvelando, entre outras questões, as dimensões de gênero presentes nas políticas de drogas. A perspectiva de gênero se revela como uma ferramenta teórica para identificação das diferenças e também das semelhanças na utilização que mulheres e homens fazem das drogas, especialmente, para sua explicação e interpretação em função das desigualdades socioeconômicas e das relações de dominação em que se inscrevem os ditos usos. O consumo de drogas historicamente era associado à população masculina: a construção da masculinidade – situada nas relações de gênero – pode ser entendida como um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que o homem tenha numa determinada cultura, conforme propõe Connel (1995, p.189).

A incorporação da abordagem de gênero está ancorada na tese da construção histórica e social das desigualdades e dos jogos de poder estabelecidos nas relações de gênero (SCOTT, 1995). As reflexões teóricas propõem introduzir a questão da transversalização do gênero nas práticas e políticas públicas voltadas a usuários de drogas trazendo a discussão da qual, acreditamos, poderemos extrair algumas contribuições para uma melhor compreensão do fenômeno do uso de drogas entre mulheres e homens.

Deste modo, foram suscitadas questões sobre desenvolvimento do trabalho na área: quem é aquele (a) convocado (a) o trabalho com pessoas que usam drogas? Como os pressupostos que norteiam a política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras

Drogas são incorporados no cotidiano profissional dos (as) trabalhadores (as) do CAPS AD no município de Aracaju? Sob que contexto esse trabalho é realizado, qual o seu significado, possibilidades e limites observados na perspectiva dos direitos sociais? Como é valorizada a formação para esse tipo de trabalho e o grau de familiaridade dos (as) profissionais com a transversalidade de gênero no trabalho em rede?

Buscou-se vislumbrar as rupturas, continuidades, contradições, lutas e avanços que configuram particularidades do atual campo de saúde sob a perspectiva dos (as) profissionais participantes deste estudo. Neste sentido, a pesquisa orienta-se por alguns objetivos. O **objetivo geral** consiste em trazer à cena do campo da produção do conhecimento as relações de trabalho e de gênero na percepção dos profissionais que atuam no CAPS AD no município de Aracaju. Os **objetivos específicos** são: caracterizar o perfil dos (as) profissionais inseridos na Política Pública Sobre Álcool e outras Drogas no município de Aracaju; identificar como os pressupostos que norteiam a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas são incorporados pelos profissionais que atuam no CAPS AD; destacar, no contexto de trabalho, o seu significado e possibilidades com relação à ampliação dos direitos sociais; captar a valorização dos (as) profissionais com relação à formação na transversalidade de gênero no trabalho na Rede.

No contexto do Estado neoliberal intensifica-se a precarização das relações de trabalho, a fragilização dos direitos sociais fomentados pela efetivação de um Estado mínimo para o social, que torna o público usuário de álcool e outras drogas ainda mais vulnerável e sujeito a riscos sociais no cenário aracajuano. Desde a reestruturação produtiva iniciada na década de 1970, o estado brasileiro tem vivenciado tensões e correlações de forças no tocante aos investimentos públicos nas políticas sociais e a crescentes desregulamentações de direitos, entre eles os trabalhistas, fatores que fragmentam o atendimento à população e evidenciam ainda mais as expressões da questão social.

Por ser complexa, a questão da droga não pode ser estudada desconectada da análise macroestrutural e política, pois se assim executado corre-se o risco de emergir o discurso e intervenções que produzem fragmentação e focalização da questão. Nesta linha de reflexão, a hipótese aventada para este estudo antecipa que “apesar dos avanços obtidos por meio da reforma psiquiátrica, que ampliou os serviços de assistência à saúde que compõem a política de saúde mental direcionada à população usuária de álcool e outras drogas, o trabalho dos (as) profissionais em alguns casos realiza-se de forma fragmentada, produzindo efeitos pontuais sobre a vida dos (as) usuários (as), além da ausência de ações que focalizem a transversalidade de gênero nesses espaços”. Neste sentido, uma abordagem intersetorial

fragilizada, sem dúvida, contribui para debilitar as ações articuladas entre as políticas de assistência, educação, segurança pública e, em particular, o campo da saúde, área central na discussão aqui proposta.

Diante disso, optou metodologicamente para esta pesquisa a perspectiva do materialismo histórico dialético por propiciar uma averiguação de forma mais aproximada à totalidade da realidade social, considerando as mediações que circulam o objeto, constituída por meio de processos, em que a realidade é vista de forma crítica, adotando-se uma postura que pretende romper com a análise superficial e de superação da imediatividade do real. E permite a análise do movimento, das contradições e conflitos que se substanciam na estrutura das instituições e, conseqüentemente, na forma como os (as) profissionais enfrentam o cotidiano de trabalho, levando-se em consideração a peculiaridade do público que envolve o Sistema Único de Saúde.

A abordagem do materialismo histórico dialético “penetra o mundo dos fenômenos através de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade” (MARCONI; LAKATOS, 2009, p.110). Heller (1989) afirma que é preciso reconstruir a totalidade do movimento da realidade, que é complexa e contraditória. Investigar parte que envolve o real, ou seja, o singular, como se apresenta, em demandas múltiplas e fragmentadas, só pode ser realizado com constantes aproximações que se gestam por meio das mediações.

A pesquisa de caráter qualitativo mediante o estudo de caso, considerada, conforme Martinelli (1999), apropriada quando se pretende conhecer uma situação concreta, neste caso, a particularidade do trabalho de profissionais no atendimento aos (as) usuários (as) de álcool e outras drogas, para que, a partir do que foi observado se compreendam as relações sociais que se gestam no atendimento ao público, e sejam apontados elementos que contribuam para análise do objeto proposto.

Conforme destaca Minayo (2007), a metodologia qualitativa tem por objetivo “o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem [...] a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2007, p.57); permite abordar o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Neste sentido, “a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis” (MINAYO, 2007, p.24).

[...] Trabalhamos com os fatos de forma a poder aprofundar tanto quanto a análise, e não para conhecê-los apenas de uma forma sumária, a partir de uma primeira apresentação. Nesse sentido, priorizamos não os fatos épicos, os fatos de grande dimensão, mas aqueles que estão mais próximos do sujeito e que repercutem diretamente na sua vida (MARTINELLI, 1999, p. 22).

Nesta linha de reflexão, conforme Martinelli (1999, p. 23):

[...] Um primeiro pressuposto é o do reconhecimento da singularidade do sujeito [...] o segundo pressuposto é que essas pesquisas partem do reconhecimento da importância de se conhecer a experiência social do sujeito e não apenas as suas circunstâncias de vida. [...] Isso nos remete ao terceiro pressuposto, que se expressa no reconhecimento de que conhecer o modo de vida do sujeito pressupõe o conhecimento de sua experiência social.

O campo empírico da pesquisa integra o Centro de Atenção Psicossocial AD integrado à Rede de Atenção em Saúde Mental no município de Aracaju/SE, responsável pelo atendimento a usuários (as) de álcool e outras drogas. O universo de análise engloba os profissionais/trabalhadores de nível superior que compõem a equipe técnica de referência do CAPS para os (as) usuários (as) atendidos (as) na instituição. No processo da pesquisa foi composta uma amostra do tipo não probabilística, dispensando-se o uso do processo aleatório para a seleção dos participantes (MARSIGLIA, 2000). Desse modo, os critérios para a seleção dos (as) nove (09) entrevistados (as) – três (03) homens denominados com os nomes fictícios de Tom, Caillou e Bobby, e seis (06) mulheres alcunhadas de Penélope, Luluzinha, Clover, Barbie, Margaret e Paty – foram definidos com base na conveniência, disponibilidade e contribuição de cada membro da categoria para conhecer como se dá o trabalho multidisciplinar e as diversas compreensões sobre o objeto de estudo. Conforme Martinelli (1999), no contexto de pesquisa, o fundamental não é o quantitativo de sujeitos que irão fornecer informações, mas a significância que esses sujeitos apresentam daquilo que estamos buscando como resposta à pesquisa.

No que se refere às pesquisas qualitativas, é indispensável ter presente que, muito mais do que descrever um objeto, buscam conhecer trajetórias de vida, experiências sociais dos sujeitos, o que exige uma grande disponibilidade do pesquisador e um real interesse em vivenciar a experiência da pesquisa [...] (MARTINELLI, 1999, p. 25).

O acesso aos participantes realizou-se por meio de entrevista semiestruturada definida “como uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A

entrevista é, portanto, uma forma de interação” (GIL, 2011, p.109), técnica pela qual será possível um diálogo entre o pesquisador e o pesquisado, detentor das informações.

Procurou-se delimitar núcleos de interesse do pesquisador, vinculados diretamente com a abordagem conceitual sobre este estudo, ou seja, buscou-se uma direção teórica para o conteúdo a ser obtido nas entrevistas; conjuntamente, buscou-se garantir uma adaptação do roteiro de entrevista ao universo dos sujeitos pesquisados (QUEIROZ, 1987).

As *fontes bibliográficas* utilizadas estão fundamentadas na revisão de literatura, com base na leitura de livros, artigos em periódicos, revistas, teses e dissertações, publicações de órgãos de referência – entre eles o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas; a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); o Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP); e a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD) – objetivando investigar e conhecer de forma mais profunda o objeto da pesquisa, a partir de teóricos que discutem a temática. As *fontes documentais* abrangem os documentos oficiais que norteiam o atendimento a usuário (a) de álcool e outras drogas pela política de saúde mental e que destacam os seus princípios e diretrizes, como: a política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas; a política de saúde mental no Brasil; portarias do Ministério da Saúde, a exemplo da Portaria 3088/11; o documento que versa sobre a incorporação da transversalidade de gênero nas políticas públicas da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres; e dados estatísticos do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas 2012.

O processo de análise orienta-se pela análise de conteúdo, procedimento que permite a captação de dados da forma como são expressos e representados pelos sujeitos. O ponto de partida “[...] é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental, ela expressa um significado e um sentido. Sentido que não pode ser considerado um ato isolado [...]” (FRANCO, 2003, p.13).

A análise de conteúdo pode ser considerada como um conjunto de técnicas de análises de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...]. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção das mensagens, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos, ou não) (BARDIN, 1997, p.38 apud FRANCO, 2003, p.20).

Na sequência, o conteúdo é interpretado com base no referencial bibliográfico, buscando compreender o que os sujeitos da pesquisa verbalizaram; estabelecendo-se

categorias de análise, que se referem “a acontecimentos que os entrevistados relatam ou a avaliações morais e sociais que eles fazem sobre esses acontecimentos, expectativas que expressam, etc. [...]” (MARSIGLIA, 2000, p.38). Os dados estão categorizados e analisados sob a perspectiva de gênero de acordo com a temática de cada bloco de perguntas do roteiro de entrevista. A interpretação dos dados busca compreender e refletir sobre como os fenômenos se apresentam na realidade cotidiana, com o objetivo de captar seus verdadeiros significados e a produção do sentido nas relações sociais desenvolvidas no contexto do capitalismo contemporâneo.

A pesquisa procura respeitar/atender os aspectos éticos determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como conta com a assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Permitiu-se o sigilo respeitando-se o anonimato da identidade dos participantes sem mencioná-los no decorrer do trabalho, adotando-se nomes fictícios, tendo por base o inciso IV, que dispõe sobre o Consentimento Livre e Esclarecido e prescreve: “O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

O projeto referente ao desenvolvimento, objetivos, metodologias e referenciais teóricos da pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Sergipe, com a numeração do CAAE: 58489916.6.0000.5546.

A estrutura do trabalho está dividida em quatro capítulos. O primeiro corresponde a uma revisão teórica das categorias drogas, política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, e a rede de atenção psicossocial, com vistas a fundamentar o tema e estabelecer uma relação com base na totalidade dos fenômenos que envolvem o uso de substâncias psicoativas e os seus desdobramentos sociais, que perpassam tanto o cotidiano de usuários (as) como de profissionais nas instituições. Além de contextualizar as respostas do Estado frente a essa questão.

O segundo capítulo abarca as categorias teóricas, apresenta brevemente o debate sobre o trabalho na área de saúde a partir da reestruturação produtiva; posteriormente, apresenta o contexto em que esse trabalho é desenvolvido na atualidade, em que se buscou articular as expressões da questão social na contemporaneidade vinculadas ao uso de álcool e outras drogas, os estereótipos de papéis e segregação do (a) usuário (a) de álcool e outras

drogas, limites à ampliação dos direitos sociais; e, por fim, a transversalidade de gênero nas políticas sociais.

O terceiro capítulo aborda o mapeamento e análise de outras pesquisas que trazem como objeto o uso de drogas em relação ao público feminino. Neste sentido, pode-se observar que esse assunto não vem sendo abordado com frequência nos estudos sobre a temática. Fator que ressaltou o interesse em investigar trabalhos na área com esse segmento, sobretudo na área social, porém, sem deixar de observar a inter-relação com outras áreas do conhecimento como a médica e a psicológica.

O quarto capítulo resgata a história do CAPS AD Primavera localizado em Aracaju/SE, campo empírico da pesquisa. Analisa os resultados colhidos por meio das entrevistas com os profissionais e a coordenação desse serviço. Esse percurso tornou-se essencial para a compreensão do debate sobre drogas na contemporaneidade, e por entender que esse tema não pode ser dissociado do contexto macro da sociedade, mesmo não sendo possível aqui abarcar todas as dimensões da problemática. Vale pontuar que os profissionais mostraram-se solícitos as questões apresentadas no processo da entrevista in loco.

CAPÍTULO 1

A QUESTÃO DA POLÍTICA EM RELAÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Em cada tempo histórico o uso de substâncias psicoativas ocupou uma função sociocultural. Por isso, o uso de drogas não é um tema recente em nossa sociedade, mas ganhou uma visibilidade diferenciada na contemporaneidade, e as substâncias psicoativas têm sido usadas de diversas formas pelos mais variados grupos sociais.

Com base nos argumentos de Silva et al. (2012, p. 22), “[...] Elas podem ser compreendidas a partir de uma perspectiva biopsicossocial, em que estão implicados tanto os efeitos individuais quanto os efeitos subjetivos do uso [...]”. O que significa afirmar o uso de drogas a partir da forma como o sujeito se relaciona com a substância, dos efeitos dessas no organismo humano e o contexto mais amplo, que envolve o cotidiano desse usuário, antes, durante e depois do uso.

1.1 Uso de drogas na contemporaneidade

Marangoni e Oliveira (2013) sublinham que a questão do consumo de drogas é uma prática humana milenar e universal, usadas com finalidades religiosas, culturais e medicinais. De acordo com Souza (2013), o final do século XIX demarca a expansão da indústria farmacêutica e a estruturação do saber médico como central, aspectos que resultaram na popularização do consumo de drogas com finalidades terapêuticas e recreativas. Mas é durante o século XX que o consumo e a disseminação das drogas tomaram uma proporção mundial, gerando preocupação de organismos internacionais, Estados e a sociedade, principalmente no tocante aos danos ocasionados por abuso de substâncias psicoativas, e, sobretudo, quando se trata da violência gerada pelo tráfico de drogas ilícitas. Vale destacar nas palavras dos autores que:

[...] Poucos fenômenos sociais acarretam mais custos com justiça e saúde, dificuldades familiares e notícias na mídia mundial como o consumo abusivo de drogas. Mas o que diferencia o uso das drogas no passado e no presente é que elas

deixaram de ser um elemento de integração, um fator de coesão em nível social e emocional, como eram vistas nas sociedades antigas. Atualmente, o consumo ocorre de forma individualizada e abusiva, devido à enorme quantidade de substâncias disponíveis no mercado e facilidade de aquisição, elementos que contribuem para a disseminação e iniciação ao consumo (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013, p. 663).

Conforme já citado, a temática das drogas envolve múltiplos fatores que se conectam de forma complexa. Esse fenômeno está estritamente articulado à globalização e ao processo de urbanização. Souza (2013) destaca que essa questão já pode ser considerada uma das maiores problemáticas sociais e também no campo da saúde pela forma como vem sendo tratada nas pautas governamentais de diversos países.

A partir da análise realizada por Bolzan (2015) sobre como a droga acompanha o desenvolvimento da sociedade, nos aspectos históricos, econômicos, políticos e culturais, percebe-se que esta assume um papel significativo no mercado mundial por meio da comercialização do álcool, do fumo, do tabaco, do café, das substâncias medicamentosas da indústria farmacêutica, entre outras lícitas, além dos capitais provenientes do mercado ilegal com as drogas ilícitas. Com isso, é possível afirmar que tanto as ações proibicionistas como as de consumo relacionam-se diretamente com as transformações econômicas que obtêm correspondência direta com a lógica do desenvolvimento do mercado capitalista.

Porém, a resposta da sociedade à complexidade do uso de drogas pode ser caracterizada como um processo de simplificação e reducionismo desse fenômeno, o que na área da prevenção é representada na postura proibicionista. Projetos preventivos balizados pelo “Diga não às Drogas” trata esta questão de modo idealizado, já que almeja alcançar uma sociedade livre dessas substâncias (o que contraria a história humana, pois não conhecemos sociedade que não tenha algum tipo de uso). Seu objetivo principal é fazer com que as pessoas nunca experimentem e que se mantenham sempre na abstinência. Por certo, é um modelo que utiliza a metodologia amedrontadora. Parte-se do princípio de que o medo faça com que as pessoas não tenham coragem de experimentar as drogas. Essa postura, sem dúvida a mais presente na realidade brasileira, é aquela fundamentada na “Intolerância e Guerra contra as Drogas” (Exemplo: Proerd, Parceira contra as drogas, etc.) (SODELLI, 2011, p. 15).

As desigualdades sociais decorrentes do modo de produção capitalista incidem sobre as condições de vida da maior parte da população. Medeiros (2014) sinaliza que a sociedade contemporânea apresenta o crescimento dos centros urbanos industriais capitalistas, configurados principalmente pela supervalorização do consumo, do emprego de tecnologia, entre outros fatores que modificam significativamente determinadas realidades sociais, que passam a sofrer novas formas de controle e subordinação para a manutenção da ordem.

No contexto atual, como destaca Oliveira, Nascimento e Paiva (2007), o consumo de drogas, seja ela lícita ou ilícita, tem se refletido como uma questão de saúde pública, um problema social de âmbito mundial e não apenas de uma sociedade específica.

[...] Os impactos sociais e de saúde causados por este problema apresentam-se distintos para cada sociedade a depender, dentre outros aspectos, das representações e significados atribuídos ao uso de drogas e, em consequência, às pessoas usuárias. Além disso, devem-se levar em consideração questões de ordem individual e dos grupos no interior de uma mesma sociedade (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007, p. 695).

A problemática do uso abusivo de drogas manteve-se durante décadas distanciada da saúde pública, sendo tratada por parâmetros proibicionistas e repressivos, pela segurança pública e instituições religiosas, cujo objetivo visava à reclusão para tratamento ou punição do indivíduo. Merecem destaque as definições, classificações e efeitos das drogas no organismo humano, para que possamos compreender especificamente o que significam e como o uso abusivo de determinadas substâncias é desencadeado na vida dos sujeitos. Entende-se, para tanto, que a percepção sobre as drogas envolve diferentes formas de manuseio, consumo e significados; dentre os inúmeros desafios para compreender a relação do homem com as drogas estão a busca pelo alívio momentâneo, o prazer, e até mesmo o uso enquanto fonte de renda, conforme destaca Silva (2011b). Mas importante que isso, está a apreensão da situação em que esse uso emerge e se mantém. A autora chama a atenção para que as intervenções e estudos na área de álcool e drogas relacionem criteriosamente os contextos micro e macro, desde questões mais amplas que envolvem aspectos da sociedade como aquelas que circulam no âmbito do privado, particulares a cada indivíduo. O que significa que a questão do uso abusivo de drogas envolve múltiplas determinações, como, por exemplo, experiências de violência no espaço doméstico e intrafamiliar, o desemprego, a pauperização da população em determinadas regiões do País, a mídia – na divulgação fantasiosa (“glamorização”) das drogas lícitas.

[...] Não basta, portanto, identificar e tratar os sintomas, mas sim, identificar as consequências e os motivos que levaram à mesma, pensando o indivíduo em sua totalidade, para que se possa oferecer outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de comportamento em relação à questão da droga (PEREIRA; MARUYAMA, 2003, p.12-13).

Desse modo, Medeiros (2014) ressalta a importância de compreender o uso das substâncias psicoativas (SPA) articuladas a esse contexto complexo de inter-relações, de forma que não pode ser fora da conjuntura sociocultural em que esse objeto se encontra e a

relação que esse (a) usuário (a) estabelece com o consumo da droga, deve se considerar suas condições objetivas e subjetivas.

Sobre esse aspecto, percebe-se uma homogeneização dos (as) usuários (as) de drogas em que as suas particularidades de vida são extirpadas para dar lugar a generalizações, como se fosse possível descrever consumo de SPAs a partir de uma análise unívoca que englobasse todos os sujeitos; porém, sabemos que isso não é cabível, pois aqueles possuem trajetórias de vida, demandas e características diferentes. Afirmar-se, ainda, que “[...] o uso de drogas se estabelece a partir das dinâmicas das relações entre sujeito, droga e contexto de vida, sendo possível pensar o fenômeno como ligado às experiências vividas na estrutura familiar, nas relações interpessoais e sociais” (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013, p. 665).

Conforme já apresentado, o consumo de drogas não se resume ao uso isolado de uma substância que altera os sentidos e a consciência dos indivíduos, mas envolve elementos correlacionados às suas apreensões individuais e ao seu convívio comunitário, suas percepções e culturas – esses componentes encontram-se em constante interação. Segundo Oliveira e Paiva (2007), essa relação é complexa e significativa para esses sujeitos, de modo que pode resultar em um estado de dependência⁴ no qual o usuário pode fazer uso de uma ou mais substâncias de forma problemática e compulsiva.

Normalmente não é fácil para o indivíduo reconhecer que é um dependente químico, por se tratar de uma questão complexa e que envolve muitos preconceitos e discriminações, até mesmo pela falta de conhecimento que as pessoas têm sobre esse assunto, pois em alguns contextos culturais e sociais a drogadição ainda está relacionada a indivíduos considerados “anormais”, que transgridem normas sociais, sobretudo, atrelada à marginalidade, o que foge completamente da real compreensão do que seja esta problemática, compreendida como a relação do sujeito com a droga, sobretudo considerando o contexto sociocultural em que vive (SOUSA, 2011, p. 82).

Porém, é pertinente distinguir que nem todo uso de drogas equivale ao uso de forma problemática e abusiva, por isso, faz-se importante compreender as motivações do uso e as relações de sentido que os sujeitos estabelecem com as substâncias. Bolzan (2015) destaca que a classificação do uso social/recreativo, prejudicial/abusivo e a dependência variam de acordo com os objetivos e as formas de uso.

Segundo Silva (2013), a expressão “uso abusivo” é empregada ao nos referirmos ao tipo de consumo indevido das substâncias psicoativas, de forma que esse uso passa a interferir nas relações sociais, afetivas, familiares e profissionais.

⁴ A dependência é definida em decorrência de um vínculo desequilibrado entre o sujeito e as substâncias psicoativas utilizadas, a junção do contexto desse indivíduo em diferentes fases de sua vida, ou mesmo no momento anterior, atual ou posterior ao uso, pode decorrer uma série de sintomas/sinais que caracterizam a dependência química (SILVA, 2011a).

Nas considerações de Rabello e Júnior (2007), as relações familiares também vão passar por uma série de alterações quando relacionadas ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, pois o uso indiscriminado pode ocasionar, em alguns casos, atos de violência e fragilização dos vínculos familiares.

[...]pois é nesse contexto que ele organiza os elementos simbólicos e os processos de singularização que servem para orientação de sua vida, para construir e desconstruir identidades, edificar rede simbólica de proteção, de pertencimento, de solidariedade, para criar e reforçar laços culturais, experimentar e interpretar suas próprias vivências, estabelecer regras e normas e para cuidar de sua própria sobrevivência (MEDEIROS, 2014, p. 116-117).

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Outras Drogas (LENAD), publicado em 2014 pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), apesar de o cigarro ser a substância que mais ocasiona a morte da população brasileira, políticas públicas de enfrentamento ao consumo dessa droga tem gerado o seu decréscimo; porém, segundo apontamentos do estudo, o álcool e o crack são as drogas que mais preocupam. “[...] O álcool por sua vez é a droga que mais gera violência familiar e urbana, e que contribui com cerca de 10% para a toda a carga de doença no Brasil [...]” (UNIFESP, 2014, p.6). Entre as substâncias consumidas pela população brasileira estão a maconha, os tranquilizantes, a cocaína, os estimulantes, a ritalina, o crack, o oxi, os solventes, o ecstasy, a morfina, a heroína, os esteroides, os alucinógenos, os anestésicos e o cristal.

Deste modo, a – Organização Mundial de Saúde (OMS) – (1993) define droga como “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento” e são classificadas como substâncias naturais ou sintéticas, em conformidade com os efeitos farmacológicos que desempenham sobre o organismo humano. Aponta, ainda, que a dependência química não deve ser tratada sobre um único enfoque. Logo, é preciso observar e intervir na questão da droga como um fenômeno multideterminado.

O capítulo V da lista de substâncias da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), que versa sobre os transtornos mentais e comportamentais, destaca as seguintes drogas: álcool; opioides (morfina, heroína, codeína e diversas substâncias sintéticas); canabinoides (maconha); sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos); cocaína; outros estimulantes (anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína); alucinógenos; tabaco; e os solventes voláteis.

A literatura aponta que “as drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, são chamadas drogas psicotrópicas e dividem-se em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras ou alucinógenas⁵”.

As drogas depressoras do sistema nervoso central – álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, inalantes etc.– fazem com que o cérebro funcione lentamente, reduzindo a atividade motora, a ansiedade, a atenção, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual.

As estimulantes do sistema nervoso central– anfetaminas, cocaína e tabaco–, por outro lado, aceleram a atividade de determinados sistemas neuronais, trazendo como consequência um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos.

As drogas perturbadoras do sistema nervoso central – maconha, alucinógenos, LSD, êxtase e anticolinérgicos – produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações e alteração na senso-percepção. Por essa razão, são também chamadas de alucinógenos. Uma terceira denominação para esse tipo de drogas é psicotomiméticos, devido ao fato de serem conhecidas como psicoses as doenças mentais nas quais esses fenômenos ocorrem de modo espontâneo.⁶

É importante salientar que os efeitos que serão produzidos e os riscos do uso vão estar associados ao tipo de droga e à quantidade utilizada, além da condição fisiológica, psicológica, período da vida e circunstâncias em que o uso será realizado (SILVA et al., 2012).

Outro fator prejudicial para os (as) usuários (as) é o preconceito sofrido por aquele (a) que faz uso de substâncias classificadas como ilícitas. De acordo com Melo e Souza (2015, p. 8), a Fundação Perseu Abramo, por meio de uma pesquisa, constatou que esse é um problema que ocupa o segundo lugar do ranking no Brasil quando se trata de preconceitos, pois essa é uma questão muitas vezes ou quase sempre relacionada com a criminalidade, o que agrava ainda mais a segregação de um convívio social comum, o que “gera o afastamento do indivíduo das suas relações pessoais e sociais”, relegando a esses (as) indivíduos um lugar à margem da sociedade, e um constante processo de estigmatização.

A divisão entre drogas lícitas e ilícitas, do mesmo modo, contribui para a criminalização dos (as) que fazem o uso de drogas ilegais, assim como para a difusão de que por ser usuário (a) é também culpado por todos os males sociais.

Vale lembrar que os problemas ocasionados por um uso abusivo da droga não é uma condição permanente na vida do (a) usuário (a), ou seja, a situação de vulnerabilidade que foi

⁵Essa definição pode ser encontrada na Classificação das drogas publicada no site: <http://www.quimica.seed.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=255>

⁶Essa definição pode ser encontrada na Classificação das drogas publicada no site: <http://www.quimica.seed.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=255>

gerada não pode ser vista como definitiva, mas passível de mudanças. É importante situar que outros aspectos da vida dessa pessoa precisam ser considerados para que sua existência não seja limitada ao uso de drogas.

A conjuntura social, política e econômica apresenta aspectos distintos em relação às drogas: a tolerância e o incentivo para substâncias como o álcool, tabaco e medicamentos, consideradas legalmente como lícitas; o delito e a punição para o uso e/ou abuso de substâncias como maconha, cocaína e crack, determinadas legalmente como ilícitas ou ilegais. Esta situação tem suscitado, no imaginário social, diferentes representações sobre as drogas e sobre a pessoa usuária (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006, p.474).

O tema das drogas tem adquirido relevância e suscitado a reflexão de gestores, profissionais da área de saúde, da segurança pública e ocupado espaço na agenda das políticas públicas, com vistas principalmente à adoção de medidas que minimizem as consequências sociais e físicas desse problema.

Em relação ao uso de substâncias ilícitas, Oliveira, Paiva e Valente (2006) identificaram que no ano de 2005 foi registrado o crescimento, a nível global, de cerca de 15 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos implicadas com o consumo de drogas; dentre esse aumento, o número de mulheres no uso de algumas substâncias chegou a ser maior do que o que vem sendo observado em relação ao sexo masculino.

Cerca de 112 milhões de pessoas (0,6% da população mundial) entre 15 e 64 anos de idade relatam ter problemas com o uso de drogas; é o que aponta a investigação de Gorgulho (2011). No caso do Brasil, Carlini (2011) vai esclarecer que o total de uso de drogas ilícitas na vida chega a 13,8%, e é justamente nessa parcela da população que a imprensa, a Justiça e a política focalizam suas ações. No tocante às drogas lícitas, sem considerar o álcool e o tabaco, esse quantitativo é bem maior, chegando a 24,3%.

Por conseguinte, cerca de 3% da população, em todas as faixas etárias, precisam de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos mentais severos e persistentes, como as psicoses e neuroses. Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas, excluindo-se o tabaco, acometem pelo menos 10% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool dez vezes maior do que o conjunto das drogas ilícitas (CONASS, 2011 apud SILVA et al., 2012, p. 146).

A partir do que foi apresentado, é importante conhecer como em cada contexto o Estado promoveu estratégias para a atenção e/ou desatenção a pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas por meio das políticas públicas e as ações governamentais em relação às drogas, particularmente as ilícitas.

1.1.2 A política de saúde mental e o SUS

A questão do uso e abuso de drogas sempre esteve historicamente ligada a problemas de ordem moral e condutas desviantes, o que justificaria a impossibilidade desses usuários do convívio em sociedade. O tratamento a esse público específico não se distanciou das práticas médicas psiquiátricas aplicadas a todo e qualquer indivíduo que se desviasse dos padrões “normais” de comportamento. Problemas de ordem mais global de toda uma sociabilidade foram relegados ao plano individual, recorrentemente associados à prática de crimes e geradores de “problemas sociais”, e não enquanto problema de saúde pública que necessitava de intervenções.

As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas do uso de drogas não são consideradas na compreensão global do problema e a percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas acabou por promover a disseminação de uma cultura que associa o uso de drogas à criminalidade e que combate substâncias que são inertes por natureza, fazendo que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Isto por vezes é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas/terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência. Assim, historicamente, no Brasil o tema do uso do álcool e de outras drogas vem sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. As iniciativas governamentais restringiam-se a poucos serviços ambulatoriais ou hospitalares, em geral vinculados a programas universitários. Não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública (BRASIL, 2005a, p. 40-41).

Essa postura diante da problemática reforça abordagens minimalistas relacionadas ao tema, ou melhor, impõe a essa demanda um caráter fortemente associado à criminalidade. Deste modo, legitima-se a justificativa que estabeleceu limites do convívio desse usuário na sociedade.

Ao se resgatar a história da saúde mental em uma articulação geral da sua construção em âmbito internacional e nacional temos que, entre os séculos XVII e XVIII, na Europa, são criados hospitais psiquiátricos com a função de internar os alienados, eliminando-os da sociedade burguesa. Sob essa égide, ocorre um período que ficou conhecido como “Grande internação” (HEIDRICH, 2006). A implantação do modo capitalista de produção acarretou metamorfoses sociais, econômicas e políticas que, sem dúvidas, alteraram relações sociais e, no caso dos chamados doentes mentais, agravaram sua condição degradante de tratamento e, sobretudo, de diagnóstico.

No decorrer do século XIX, o status “loucura” obtém o caráter psicológico. Na opinião de Belmonte (1996), o saber psiquiátrico eclode com um dubio papel: ao tempo em que se propunha tratar o doente mental, era posto também como o mecanismo por meio do qual a sociedade estaria protegida dos riscos oferecidos por essa população “alienada”. Deste modo, os asilos recebem uma dupla função, tornando-se lugar de experimentação e cura. Urge então na Europa o status “doença mental”. Os principais defensores dessa corrente denominada alienista foram Pinel (França) e Tuke (Inglaterra), que se baseavam no argumento da necessidade de excluir/isolar o “louco” para conhecer e dominar a loucura.

O modelo pineliano era baseado no tratamento moral, fazendo-se crer que o doente mental possuía certo grau de periculosidade, fator que legitimaria sua privação de liberdade. Pinel tinha como principal objeto de estudo a “doença mental”, e, para submeter esse objeto à análise, era imprescindível encasulá-lo de interferências externas.

De acordo com Amarante (1995), a datar do século XIX, a medicina mental é constituída enquanto campo de saber teórico-científico, que funcionou como instrumento para a transformação da loucura em objeto de conhecimento sob o status de “doença mental” estudada sobre os aspectos da medicalização e terapeutização, o que só fortaleceu a égide do enclausuramento.

O principal papel cumprido por essas instituições que surgiram e se propagaram ao longo do tempo foi o aprisionamento/recolhimento dos pobres da cidade. O Hospital Geral era um desses locais, responsável pela assistência prestada a essa camada da população desprezada e destituída de meios de sobrevivência, em que o Estado encarregava-se do controle; ou seja, as instituições de internação não serviam apenas a pessoas com algum grau de doença mental, mas eram dirigidas a todos aqueles que não tinham para onde ir.

[...] Tais indivíduos passam a ser despejados nos denominados Hospitais Gerais, na companhia de mendigos, pobres, vagabundos, criminosos dentre outras categorias consideradas como causadoras de desordem social. Nesse momento, as cidades estavam se articulando a um novo sistema político e econômico que implicaria em uma forte transformação social e cultural. Estamos diante do surgimento dos pilares da Modernidade, em que uma nova cultura, uma ciência como norte para a verdade, um homem racional como sujeito cidadão e o louco negativizado como desrazão parecem se produzir simultaneamente (CALDAS; NOBRE, 2012, p. 73).

Destarte, inaugura-se um novo modelo baseado na prática do asilamento do doente mental, favorecendo a relação fundada no lócus hospitalar, que legitimou o saber médico como central estritamente relacionado à hospitalização. Segundo Amarante (1995), mesmo havendo demandas pela recuperação do louco, como mão de obra produtiva, permaneciam-se

e criavam-se novos mecanismos de rejeição daquele, o que caracteriza fortemente a contradição entre tratar e rejeitar, e assim por diante.

Amarante (1995) esclarece que o período pós-Segunda Guerra mundial tornou-se o cenário propício para se empreender a reforma psiquiátrica contemporânea, pois já era visível a incompatibilidade das práticas psiquiátricas com o discurso que a medicina mental pregava. Um dos principais eixos norteadores das reformas que foram objetivadas posteriormente foi exatamente a crítica ao saber médico psiquiátrico, que produzia e reproduzia ações desumanas, justificadas como formas de tratamento.

Surgem, primeiramente, ainda de forma pontual, práticas diferenciadas na forma de cuidar do doente mental. Vale sublinhar a experiência inglesa da “comunidade terapêutica”, conforme explica Amarante (1995), que possibilitava ao doente mental um tratamento para além do hospital e estabelecia, desta forma, uma relação mais próxima com a sociedade. Outros modelos de atenção psiquiátrica também emergiram: uns como forma de denúncia, outros em tom de modificação de práticas e sob novos moldes de cuidado à loucura.

Amarante (1995) destaca esses “modelos-bases”, sob os quais a psiquiatria se desenvolveu a partir da década de 1940, com o intuito de modificar práticas clássicas. Na França, desencadeou-se a “psicoterapia institucional”, logo no período pós-Segunda Guerra Mundial, cujo principal palco foi o Saint Alban, que teve como principais características a denúncia contra a segregação presente nas instituições psiquiátricas, que se desviavam do verdadeiro papel originário dos hospitais. A “psiquiatria de setor” vem questionar o padrão asilar, inspirado na convicção de Bonnafé e um grupo progressista de psiquiatras que pleiteavam a alteração do modelo manicomial francês, perspectiva veementemente combatida pela ala conservadora da sociedade, pois o movimento, ao mesmo tempo em que contestava a institucionalização do louco, propunha a transferência do seu tratamento para a comunidade.

A “psiquiatria preventiva” ou “comunitária” eclode nos Estados Unidos. Não por acaso, emerge no contexto da crise do organismo mecanicista e modifica a condição de doença para saúde mental. A tônica de prevenção do mal aparece, porém, com pré-requisitos já experimentados na história da humanidade: prevenir um mal antes que ele venha a acontecer.

São experiências de modificação de práticas ou de reconceituação das mesmas que germinaram ou se solidificaram por ações de atores envolvidos no processo de cura e tratamento do louco; atores imbricados com a rotina dos serviços ofertados dispostos a quebrar paradigmas, refazer a “ciência” e criar mecanismos que transformassem ideologias enraizadas em uma sociedade marcada pela extrema segregação dos que não são considerados

normais aos costumes estabelecidos hierarquicamente pelo modo como a sociedade se organiza para produzir, relacionar-se e conviver.

Dentro dessa linha, na Inglaterra da década de 1960, surge um movimento organizado em torno da antipsiquiatria⁷, que partia do pressuposto de contestação do saber e práticas psiquiátricas e, por fim, buscava anular o poder centrado no saber médico.

O modelo hospitalocêntrico permaneceu até fins do século XX, quando, em 1961, Franco Basaglia, médico italiano, ao assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, posiciona-se de forma diferenciada sobre a questão do isolamento do doente mental: defendia que esse deveria retornar ao convívio familiar e experimentar o modelo de comunidade terapêutica. Com a experiência de Gorizia, Basaglia percebeu que era necessário reinserir esse paciente no convívio em sociedade, nas cidades, devolvendo a liberdade dos enclausurados, ou seja, efetivar mudanças para além do muro dos hospitais. Neste sentido, a desinstitucionalização acrescida de novas estratégias terapêuticas só foi possível quando, em 1970, Franco Basaglia assumiu a direção do hospital na cidade de Trieste, nordeste da Itália, onde realizou a mais profunda das transformações da instituição psiquiátrica: deu início ao fechamento desse hospital e a sua substituição por uma rede territorializada de atendimento, baseada em modelos de centro de saúde, que ofereciam suporte no atendimento aos pacientes e familiares.

O destaque aqui feito refere-se ao fato de não existir preocupação imediata com os “indivíduos” portadores desses males (loucura ou pestes), mas sim com os próprios males. A intervenção estatal na questão da saúde da população ocorre nesse momento da história do Brasil, não no sentido de garantir um direito, mas de assegurar que um dever seja cumprido, ou seja, o tratamento é obrigação inquestionável, e obrigar o enfermo ao tratamento é uma questão do Estado e, por conseguinte, da polícia (HEIDRICH, 2006, p. 78).

A “política” de recolhimento de toda sorte de excluídos fora aplicada a todos aqueles que não tinham para onde ir. Fator que só fortaleceu o lema das grandes internações, não obstante, a grande internação brasileira só tenha ocorrido três séculos após do que foi vivido na Europa. Habitualmente a psiquiatria faz suas vítimas, seja por meio do isolamento ou da medicalização; e, no Brasil, a história não foi diferente.

⁷A antipsiquiatria era formada por um grupo de psiquiatras que questionavam o saber médico-psiquiátrico tradicional e exercitavam a defesa do ser humano, vitimizado pela incompreensão do seu sofrimento psíquico, pela violência dos tratamentos aos quais eram submetidos e, por vezes, de diagnósticos equivocados. Além disso, buscavam promover novas alternativas de tratamento, pois acreditavam que a doença mental seria um argumento criado para anular os indivíduos. Além de apregoarem o fechamento dos hospitais psiquiátricos. “A - reitero -, acredita que os tratamentos psiquiátricos tradicionais atendem a interesses políticos e econômicos bastante claros, considerando a natureza política da ciência psiquiátrica, que anula o indivíduo em nome da manutenção da ordem e do bom exercício do poder. A psiquiatria a que ela se opõe pune com o encarceramento os indivíduos considerados improdutivos e perigosos para o sistema capitalista” (OLIVEIRA, 2011a, p. 151).

Oliveira (2011a) salienta que na década de 1940 no Brasil, Nise Magalhães da Silveira criou novos métodos de tratamento com base no desenvolvimento artístico dos pacientes: foi implementada uma nova forma de lidar com a “doença mental”, que se contrapôs aos métodos tradicionais da psiquiatria que desumanizava os sujeitos. Por meio de seus métodos inovadores na área, criticava e combatia a violência expressa nas formas de tratamento até então existentes, como a lobotomia e o eletrochoque. Nise partia do pressuposto de que era preciso respeitar o diferente e não destruir sua personalidade, cerceando as possibilidades de cura desses sujeitos. Compreendê-los em sua maneira de ver o mundo e de como se reconhecem seria uma das formas de vencer o sofrimento psíquico.

Todavia, com um papel social bem definido, os hospitais psiquiátricos resumiam-se a cumprir o seu papel social de isolar. Na opinião de Paulin e Turato (2004), enquanto a sociedade brasileira passava por um intenso processo de modernização, industrialização, urbanização e desenvolvimento no governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), inclusive com consolidação da democracia liberal, emergia uma nova classe social urbana⁸, que começava a organizar reivindicações, algumas ligadas à área da saúde mental. É também nesse ínterim que surge o hospital psiquiátrico privado.

Amarante (1995) destaca uma periodização da reforma psiquiátrica, que pode ser classificada em três fases que se complementam ao longo da história: a trajetória alternativa, sanitaria e da desinstitucionalização ou desconstrução.

A trajetória alternativa nasce na conjuntura dos últimos anos do regime militar autocrático, quando surgem as primeiras organizações no setor de saúde, a exemplo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Desdobra-se a partir das denúncias do modelo de atenção psiquiátrica e propõe-se a construir novas alternativas ao modelo asilar dominante (SILVA, 2005, p. 13).

Mais precisamente no Brasil, o percurso da reforma psiquiátrica é fortemente demarcado por uma trajetória higienista, principalmente no período pós-guerra. Somente no final da década de 1970, porém, começa a ser gestado o movimento de “luta antimanicomial” com os trabalhadores da saúde mental, período demarcado também por fortes mobilizações sociais em torno da redemocratização do País, que vivia o período de ditadura militar.

⁸ “O processo de urbanização por que passou o país a partir da década de 1950 criou um novo perfil da sociedade brasileira. Trouxe para as cidades uma grande massa de assalariados, geralmente com baixa remuneração e más condições de trabalho. Em contrapartida, manteve assistência médica nos institutos de aposentadoria e pensões, garantindo ao menos a capacidade produtiva dessa força de trabalho” (PAULIN; TURATO, 2004, p. 246). O período acima aludido no país é representado por uma política desenvolvimentista influenciada por setores sociais organizados que lutavam por reformas de base.

Por certo, esses primeiros acontecimentos denotaram o que ficou constituído como reforma no âmbito das ações em saúde mental e possibilitaram a construção de novos moldes de tratamento, com o enfoque no direito desses (as) usuários (as) que necessitam de assistência integralizada, ampliando o leque de ofertas de cuidado. Tal reforma propiciou de fato a criação de uma nova política em saúde mental embasada nos direitos e nas reais condições de vida dessa população.

Muito embora, devido ao processo desencadeado pela Reforma Sanitária, tenha havido viabilidade para que experiências municipalizadas e as ações coletivas em saúde se expandissem, conforme veremos adiante com a criação dos primeiros CAPS e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Devera e Rosa (2007) alegam que essas experiências municipalizadas só foram possíveis em virtude das conquistas alcançadas pelo movimento sanitarista, que oportunizou aos municípios gerir política e administrativamente de forma autônoma o setor da saúde, baseado nos preceitos legislativos.

Este serviço faz parte dos dispositivos elaborados pelo processo de reforma psiquiátrica vivenciada no Brasil, que tem como base central a superação do isolamento social e do cuidado feito em instituições de longa permanência, como os asilos ou manicômios, para um modelo de base comunitária. A reforma brasileira teve forte influência do contexto internacional, que também reorientava as estratégias de cuidado do modelo asilar para o que se convencionou chamar de “cuidado em liberdade”. Estimulando a criação de equipamentos de saúde com base territorial (SILVA et al., 2012, p. 18).

O colapso do sistema psiquiátrico se deu com o a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)⁹. Em decorrência de toda uma conjuntura de efervescência em torno do problema da saúde mental, nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), tipificado como um movimento de composição plural, pois reuniu trabalhadores sanitaristas, sindicalistas, organizações de classe profissional, e associações familiares. Temos aí os principais atores que contribuíram de maneira significativa para o desenrolar da reforma psiquiátrica.

O objetivo do MTSM era, então, estabelecer-se como um lócus de luta articulada entre as classes que envolvem tanto o próprio sistema institucional como também os setores mais abrangentes da sociedade, como uma forma de rebater a conjuntura até então constituída, porém, por meio de um movimento plural. As primeiras queixas provinham de reivindicações

⁹[...] a ‘Crise da DINSAM’ (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação de políticas de saúde do subsetor de saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da DINSAM, todas no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira –CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), deflagram uma greve, em abril de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais (AMARANTE, 1995, p. 51).

trabalhistas, e o debate se ampliava para a forma de tratamento imposta aos internos, ou seja, pela humanização desse serviço, nesse momento refletia-se apenas como uma série de denúncias e reivindicações de toda a espécie.

[...] É, sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005a, p. 7).

A partir daí, vários eventos na área da saúde começam a se desenrolar, enfatizando o debate sobre a doença mental e o seu tratamento – eventos que questionavam com veemência a conjuntura social e a política, e que giravam em torno de denúncias dos cenários de descaso dos hospitais psiquiátricos e dos maus tratos sofridos pelos pacientes aprisionados.

O V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (“Congresso da Abertura”), realizado em outubro de 1978, envolveu atores de movimentos sociais de diversas áreas da sociedade, até aqueles considerados mais conservadores, formando uma frente em prol das mudanças da organização ideológica e política para além da política de saúde mental, pois envolvia uma crítica à própria organização do regime político nacional.

Em 1978, no Rio de Janeiro, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições proporciona a vinda ao Brasil dos principais mentores da reapreensão do atual paradigma da saúde mental, baseada na alternativa psiquiátrica de hospitalização, como Franco Baságlio, Felix Guattari, Robert Castell, Erving Goffman, entre outros; atores que compunham a Rede de Alternativa Psiquiatria, do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, e da Antipsiquiatria.

O I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1979, na cidade de São Paulo, projeta a desaprovação ao modelo asilar vigente nos grandes hospitais públicos de internação psiquiátrica, comparando-os à fortaleza dos marginalizados; “[...] pauta uma nova identidade profissional e denunciando a prática dominante do Estado ao mesmo tempo em que preserva seus direitos no interior do mesmo” (AMARANTE, 1995, p. 55).

Os primeiros temas com enfoque social surgem no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, no ano de 1979, quando temas clássicos são postos juntamente com matérias relacionadas à assistência psiquiátrica e à participação popular e ordem psiquiátrica.

[...] a trajetória sanitarista, nos marcos da reforma sanitária, assume a estratégia de ocupação do aparelho de Estado como forma de implementação de uma nova

política de saúde mental e de conferir uma nova dimensão à reforma psiquiátrica. A ocupação dos espaços públicos de poder e de tomada de decisão, nesse sentido, é considerada a via por excelência da introdução de mudanças no sistema de saúde (SILVA, 2005, p. 14).

Como descrito por Belmonte (1996), é no decorrer dos anos de 1980 que a psiquiatria começa a ser repensada, passando a ocupar lugar também nas políticas de saúde, com destaque para as mobilizações de trabalhadores da saúde mental e da sociedade civil organizada, por meio de conferências, encontros e eventos em torno da temática.

Nessa mesma década é realizado o Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental no Rio de Janeiro, no qual se vincula o debate em torno dos problemas sociais relativos à saúde mental e à política nacional de saúde mental, além das condições de trabalho a que eram submetidos os profissionais. Somado a isso, questionamentos relativos à privatização da medicina e da saúde. Simultaneamente ao II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Salvador ocorria o IV Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) é um marco histórico divisor de águas do processo de reforma de todo um sistema de atenção e cuidado em saúde como um todo, seja na forma conceitual, que firmou a saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado, como na oferta e ampliação dos serviços. Viabiliza de forma inédita a consulta e participação da sociedade civil, assim como também de entidades de representação; amplia e consolida o processo de reforma sanitária, agora de forma mais abrangente em torno da saúde. É a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde que se desdobra a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987).

A trajetória da desinstitucionalização ou desconstrução, conforme frisa Amarante (1995), tem seu marco histórico delimitado pela redemocratização, no final dos anos de 1980, principalmente com o status de cidadão conferido pela Constituição Federal de 1988. A desinstitucionalização propunha a ruptura com a perspectiva modernizadora da reforma psiquiátrica. Vale salientar que, dentre tantas concepções, o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (1987) representa um movimento de luta que ansiava a ruptura com o antigo padrão de cuidado conferido à loucura, sobretudo expondo as queixas de violação dos direitos humanos, e impulsionava a gênese de estratégias inovadoras no tocante à política de saúde mental, propondo tratamentos alternativos. Esse movimento germinou no Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, que ocorreu em Bauru no dia 18 de maio de 1987, data que se concretizou como Dia Nacional de Luta Antimanicomial, conforme descrito por Amarante (1995).

Ainda enquanto modelo substitutivo ao Hospital Psiquiátrico nasce o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁰ Professor Luiz da Rocha Cerqueira, no ano de 1982, em São Paulo. Sua criação motivou a modificação de diversos serviços que começaram a se disseminar pelo País.

Com a promulgação em 1988 da Constituição Federal, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que estrategicamente forneceu subsídios para a criação e gestão das novas legislações e políticas de saúde, entre elas a da saúde mental.

Dessa forma, entende-se que ao inserir o conceito ampliado de saúde no arcabouço do SUS o mesmo sinaliza para um novo modelo de atenção, capaz de ser resolutivo que incorpore a promoção da saúde, tenha sua estrutura organizacional baseada em práticas e conhecimentos interdisciplinares que favoreça um caminhar sob uma nova direção, de reorganização tanto no que diz respeito às práticas em saúde como as formas de gestão e de participação. Importa também reconhecê-lo, conforme expressado na Lei 8.080/90, art. 3º, que “[...] os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”, ou seja, há uma intrínseca relação entre o econômico e o social (BORGES, 2009, p. 95).

O SUS, portanto, estabelece como princípios orientadores da política de saúde: a Universalidade, a Equidade, a Integralidade, a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social. Neste sentido, a Constituição estabelece:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

A regionalização se constitui em uma estratégia para reorganizar a assistência à saúde; Borges (2009) aponta a criação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/01), de janeiro de 2001, criada com o propósito de definir e esclarecer a

¹⁰ Os CAPS e NAPS foram instituídos por meio da Portaria/SNAS nº 224 - 29 de janeiro de 1992, atualizada pela Portaria nº 336 - 19 de fevereiro de 2002. Esses dois serviços mencionados se constituem enquanto equipamentos/unidades de saúde distribuídos de forma territorializada para atendimento de determinada população com necessidade de cuidado em saúde mental; contam com uma equipe multiprofissional e ofertam atendimentos intermediários em regime ambulatorial e de internação.

regionalização, enquanto uma maneira de racionalizar a organização equânime dos serviços e recursos na saúde no território. “[...] a fim de promover a integração tanto das ações quanto das redes assistenciais, garantindo assim o acesso oportuno e a continuidade do cuidado, bem como a economia de escala” (BORGES, 2009, p. 91).

A diretriz também organizativa da hierarquização tem como finalidade ordenar o sistema com base nos níveis de complexidade.

A descentralização integra União, estados e municípios e os responsabiliza pela gestão da política em cada esfera do governo, em níveis municipal e estadual a partir das secretarias municipais e estaduais de Saúde. A saúde passa a ser gerenciada em níveis crescentes de complexidade, e por meio da divisão geográfica para corresponder a necessidades específicas de saúde.

A integralidade objetiva a compreensão dos sujeitos inseridos em um contexto histórico da sociedade, presume a junção entre as políticas setoriais, ou seja, pressupõe uma atuação baseada na intersetorialidade, com vistas a reduzir as fragmentações existentes, pois somente dessa forma será possível encontrar a resolutividade prolongada de situações/demandas que não versam apenas na área da saúde, mas envolvem todo o processo de construção da vida desse (a) usuário (a).

Universalidade/integralidade/equidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da Reforma Sanitária brasileira. Consignas como cidadania, saúde como direito de todos e a superação das injustiças resultantes da nossa estrutura social estão implícitas no tríplice conceito-signo [...] (CECILIO, s/a, p.1).

Referente à reforma psiquiátrica, o episódio emblemático da Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos, culminou na criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NASP) em 1989, substitutivo ao hospital psiquiátrico. O processo santista envolvia todo um cenário social de mudanças que vinham sendo incorporadas à cidade, e, diante das circunstâncias da saúde mental, os acontecimentos evidenciaram o contraste da relação Saúde pública versus Saúde privada, até ocorrer a efetiva intervenção do Estado.

Amarante (1995) afirma que, com a introdução dos primeiros CAPS e NAPS, o Ministério da Saúde adotou o modelo de serviço como parâmetro para todo o País, e que, por sua vez, regulamentou e financiou a criação de novos serviços da mesma natureza.

Na década de 1990, a Conferência de Caracas, que posteriormente deu origem à Declaração de Caracas, conforme exemplifica Heidrich (2006), proporcionou entre os governantes latino-americanos a concordância de que apenas o hospital psiquiátrico não dava

mais conta das demandas de cuidado em saúde mental e que era preciso ampliar as ações em saúde mental em forma de serviços conciliáveis com atenção comunitária, integral, descentralizada, continuada, participativa e preventiva. Desta forma, a Declaração de Caracas contribuiu com o desenrolar de legislações direcionadas ao campo da saúde mental.

Assim, a Lei Federal 10. 216/2001 redireciona o amparo em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, no entanto, não estabelece estruturas claras para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a publicação da Lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois mesmo antes de sua aprovação, suas consequências já eram visíveis por meio de diferentes ações, tais como a de criação das SRTs e de programas, tal como “De volta pra casa”. Novas modalidades para o tratamento do usuário de saúde mental foram postas em prática (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010, p. 5-6).

Deste modo, a política de saúde mental do Ministério da Saúde vem se estruturando com base em serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, são eles: os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa de Volta Para Casa, o Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, geração de trabalho e renda, entre outros.

Conclui-se então que a trajetória da reforma psiquiátrica, a partir dos anos 1990, marcada pela forte concepção da desinstitucionalização, caracteriza o percurso de ruptura com o enfoque dado às transformações apenas em nível técnico-assistencial e passa a dimensionar um nível mais global e complexo, interferindo também no âmbito técnico assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural conforme cita Amarante (1995).

Torna-se imprescindível evidenciar que o caminho posto pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira abriu espaço para se pensar a oferta de cuidados em saúde sob o enfoque da reabilitação e reinserção social dos seus usuários, que passou também a incluir dentro da política pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, cujo tratamento prioriza a organização de uma rede de atenção psicossocial especializada a esse público, centrada na lógica da redução de danos.

1.1.3 A política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas

Ao se refletir especificamente acerca das políticas e legislações sobre drogas podemos observar que as ações no Brasil também foram sendo organizadas interligadas aos parâmetros dos países centrais; ao resgatar a história da droga em nível mundial podemos verificar como as medidas amplamente difundidas de repressão e prevenção às substâncias ilícitas foi declarada “guerra às drogas” no governo do presidente dos Estados Unidos Richard Nixon, em 1972. Havia todo um movimento internacional mobilizado em torno da questão dos psicoativos, e, como preceito legal, partia-se do pacto firmado pela Convenção¹¹ Única de Drogas Narcóticas da ONU de 1961, que sofreu retificação pelo Protocolo de 1972; essa legislação tinha como intuito o controle de drogas, a prevenção da produção, e sujeitava a liberação apenas para fins médico-científicos.

A política de “guerra às drogas” passou a ser mais intensificada na segunda metade do século XX e foi propagada também no governo do presidente Ronald Reagan nos Estados Unidos. Assim, o principal objetivo dessa política era a repressão direta, desde ações que diminuíssem a oferta (produção), a distribuição e o consumo de substâncias ilícitas, conforme afirmam Vinadé, Cruz e Barbeito (2014). Essa política tinha o foco em ações de prevenção, mas somente no sentido de apavorar a população usuária de drogas, maximizando os efeitos ditos “devastadores” dessas substâncias, de forma que desconsiderava as sensações individuais. Uma comparação interessante destacada por esses autores é a semelhança dessa política com a campanha “Diga não às drogas”.

Nesta perspectiva, as abordagens começaram a ressaltar apenas o combate às drogas, esquecendo-se de analisar seus múltiplos determinantes. A questão do proibicionismo está presente em todos os campos, como explica Carneiro (2005), e foi uma das intervenções imperialistas que mais permitiu especulações financeiras e policiamento repressivo das populações no século XX. Os argumentos proibicionistas a partir dessa época separaram a indústria farmacêutica, do álcool e do tabaco das indústrias das drogas ilícitas, o que acabou reforçando o consumo destas, criando a demanda de investimentos em busca de lucros (SILVA et al., 2012, p. 24).

As contradições entre a política de “guerra às drogas” e a realidade vivenciada em alguns contextos de uso de drogas geraram uma incompatibilidade entre o que era proposto e

¹¹ Entre outros amparos legais que versam sobre a temática das substâncias psicoativas está a Convenção de Substâncias Psicotrópicas de 1971; e a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas e Substâncias Psicotrópicas de 1988.

as verdadeiras necessidades dessa população. Porém, ao contrário do que foi objetivado, a política proibicionista não erradicou o consumo de drogas e abriu espaço para o mercado ilegal de venda e consumo.

Vale ressaltar que as primeiras ações de RD no Brasil acontecem ao mesmo tempo de constituição da política de “guerra às drogas”, ou seja, o trabalho vinha sendo interposto a um cenário de repressão. Ainda com base em Passos e Souza (2011), desde a constituição das políticas de saúde direcionadas a usuários de drogas, nota-se a forte influência jurídica sob a perspectiva do confinamento, tanto pela via da lei quanto pelo discurso que estigmatiza esse usuário.

O Brasil esteve entre os países signatários das convenções internacionais para a repressão do tráfico e uso de drogas ilícitas (ALVES, 2009), fato que gerou uma assistência prioritariamente ordenada pelo campo jurídico, ou seja, a partir de determinações judiciais (ou de secretarias de segurança pública) que encaminhavam os usuários para tratamento compulsório em instituições de saúde ou religiosas como punição ao ato de consumo de drogas. Assim, a esfera de ação que prevaleceu no processo de ordenamento da assistência à saúde, até períodos muito recentes, por vezes não se configurava como uma demanda do usuário aos serviços, mas como uma intervenção do Estado que obrigava esta pessoa a procurar tratamento em instituições que priorizavam o isolamento social (SILVA et al., 2012, p. 27).

No ano de 1994, a RD ganha espaço junto ao “Projeto Drogas” do Programa Nacional de DST/AIDS¹². Essa articulação encaminhou a criação dos Programas de Redução de Danos, em diversos casos organizados pelos próprios usuários.

Conforme destacado por Santos (2013), em 1997 tem-se a criação da Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos (ABORDA), cuja finalidade era avigorar os espaços e as ofertas em RD enquanto estratégia de saúde pública, assim como também garantir a implementação da RD como protótipo na formulação de políticas públicas em saúde. Também em 1997, no estado de São Paulo, a Secretaria de Saúde permite a distribuição de seringas a UDI, por meio da Lei nº 9.758/1997 e Decreto nº 42. 927/1998. A autora pontua ainda que, a partir de legislações específicas, o trabalho dos agentes redutores de danos é legitimado e se propaga. O ano de 1998 também se torna marcante para a construção e consolidação da RD, pois ocorre o I Fórum Nacional Antidrogas por meio da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que abriu caminho para a criação de novos PRD.

¹²Destaca-se aqui que o “Projeto Drogas” era apoiado e financiado pela Organização das Nações Unidas, por intermédio do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP). Contava ainda com a participação de diversos órgãos.

É preciso entender que a temática de álcool e outras drogas tem ocupado lugar nas abordagens tradicionais, vista de forma totalmente reducionista e moralista, sendo associada corriqueiramente ao tráfico, conforme apontado pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003a) quando retrata que, historicamente, a ausência de cuidados em saúde atinge de forma contínua e desigual àqueles que sofrem discriminação no acesso aos serviços de saúde, o que evidencia a imprescindibilidade de reversão de modelos assistenciais que não atingem de fato as reais necessidades de uma população. O que implica também uma lógica que contemple o planejamento de ações direcionadas para a atenção integral a pessoas que consomem álcool e outras drogas.

Comprometer-se com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção a usuários de álcool e outras drogas exige exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de “tratamento”) baseia-se na associação drogas-comportamento anti-social (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência (BRASIL, 2003a, p. 9).

É a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que a questão do álcool e outras drogas ganhou espaço na agenda pública. Assim, a Rede de Atenção em Saúde Mental está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), e como parte integrante dessa política pública de saúde orienta as ações e serviços em todo território nacional e em cada uma das esferas de governo: federal, municipal e estadual. A composição dessa rede se dá por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais.

De acordo com a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2001), é justamente o marco legal traçado pela reforma psiquiátrica a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que ratificou as diretrizes básicas do SUS e implementou na Política de Saúde a garantia universal e integral de acesso também a usuários (as) da saúde mental. E como resultado, os que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas passam a ser contemplados, além disso, a lei passa a priorizar o atendimento descentralizado, ou seja, disponibiliza o atendimento na comunidade mais próxima do convívio social desse (a) usuário (a).

Salienta-se, todavia, que:

A Política Nacional de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas [...] colocou o país em destaque ao definir a estratégia de redução de danos como um método direcionador do tratamento, que garante o acesso dos usuários de substâncias

psicoativas a rede de saúde, desde a atenção primária a serviços especializados como o CAPS AD, e destaca a necessidade de participação de outros setores do Estado como: educação, assistência social, trabalho e renda e a participação da sociedade civil no enfrentamento ao uso abusivo de drogas (BRASIL, 2004c apud SILVA et al., 2012, p. 30-31).

Com o processo de reforma psiquiátrica no Brasil e a decorrente publicação da Lei nº 10.216/2001, propõe-se um modelo de política pública específica para a questão das drogas, que deve integrar a estratégia de redução de danos como uma forma de cuidado em saúde incorporada à transição do modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção comunitário.

Com a ampliação do conceito de saúde são instituídos os CAPS e NAPS por meio da Portaria/SNAS nº 224 - 29 de janeiro de 1992, atualizada pela Portaria nº 336 - 19 de fevereiro de 2002. Esses dois serviços mencionados se constituem enquanto equipamentos/unidades de saúde distribuídos de forma territorializada para atendimento de determinada população com necessidade de cuidado em saúde mental, contam com uma equipe multiprofissional e ofertam atendimentos intermediários em regime ambulatorial e de internação.

A partir de 2002, o Ministério da Saúde implementa o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, e reconhece a importância de uma política pública com enfoque na atenção “às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, à compreensão integral e dinâmica do problema, à promoção dos direitos e à abordagem de redução de danos” (BRASIL, 2005a, p. 41).

Foi no governo do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva que se verificou o aumento do número de CAPS, o incentivo de ações conjuntas à Saúde da Família, a criação de novos mecanismos como o Programa de Volta pra Casa e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), redução dos leitos psiquiátricos e a extensão da oferta do serviço para crianças e adolescentes, investimento no tratamento a usuários de drogas, projetos de redução de danos, consultórios de rua, entre outros.

Em setembro de 2010 [...], a Portaria 2.843/10 criou os NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – no SUS. Os NAS são equipamentos que objetivam promover a atenção integral em saúde e saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas na Atenção Básica [...] Os NASF, como todos os NASF, devem trabalhar com o matriciamento como lógica de atuação, apoiando as Equipes de Saúde da Família na discussão de casos, no atendimento compartilhado e na construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares. A especificidade dos NASF, no entanto, é o desenvolvimento de ações de atenção integral a usuários de crack, álcool e outras drogas. Estas ações devem ser orientadas para a prevenção e

promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos (BRASIL, 2011, p. 27 apud SILVA et al., 2012, p. 156-157).

Aponta-se ainda que, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde implementa ações direcionadas à atenção a usuários de drogas, reforçando a intersetorialidade das ações para a efetivação da política. Outra lei importante é a Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Nesse ponto, a aprovação da referida lei tem por finalidade

[...] articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico estando em perfeito alinhamento com a Política Nacional sobre Drogas e com os compromissos internacionais do país (BRASIL, 2010, p. 23).

Santos (2013) aponta que apenas em 2010, com a criação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e do Comitê Gestor por meio do Decreto nº 7.179, o MS amplia os equipamentos da rede de saúde, que vão compor de forma articulada o trabalho da RD, a saber: os Consultórios de Rua, CAPS AD, CAPS AD III.

O Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o comumente conhecido “Plano Crack”, classifica entre as ações a serem implementadas: a realização descentralizada e integrada entre União, estados, Distrito Federal e municípios, devem-se observar a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social.

§ 2º O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

Art. 2º São objetivos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas:

II - estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS;

§ 2º As ações estruturantes do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas contemplam:

I - ampliação da rede de atenção à saúde e assistência social para tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas;

II - realização de estudos e diagnóstico para o acúmulo de informações destinadas ao aperfeiçoamento das políticas públicas de prevenção do uso, tratamento e reinserção social do usuário e enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas.

Na esfera municipal, Santos (2013) afirma que, com a cartografia (mapeamento) realizada pelas equipes, foi possível perceber a concentração da população em situação de rua, em grande número nas áreas centrais da cidade. As abordagens foram desenvolvidas a partir de ações preventivas e de promoção ao cuidado em saúde direcionada aos profissionais do sexo e usuários (as) de drogas, o que foi possível por meio da articulação entre as Equipes de Saúde da Família (ESF), CAPS, CRAS, Centro Pop, abrigos. Essas ações permitiram a inserção desses públicos nos serviços socioassistenciais. Destaca-se também ações de matriciamento¹³ entre essas instituições das comunidades. O objetivo do matriciamento é justamente direcionar o trabalho para o cuidado integral, que não é possível sem a articulação entre a rede de serviços setoriais e intersetoriais, de modo que se propicie a coresponsabilização dos casos existentes e compartilhados.

Em dezembro de 2011, a Portaria nº 3.088 institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Garcia et al. (2014) caracterizam que os CAPS são serviços especializados na área de saúde mental, que funcionam sob a ênfase territorial, e que devem atuar em conformidade com a lógica de orientação interdisciplinar, com uma equipe multiprofissional, que realiza o acompanhamento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves, permanentes, até aqueles decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. O cuidado deve ser pensado de forma articulada com vistas a viabilizar direitos; um dos instrumentos para essa operacionalização é a construção coletiva entre usuário (a) e familiares de Projetos Terapêuticos Singulares, sempre levando em consideração o contexto em que esses (as) usuários (as) se encontram.

Esse serviço está distribuído em modalidades de acordo com as especificidades do público que será atendido.

[...] CAPS: I, II, III, álcool e drogas (CAPS AD) e infantojuvenil (CAPSi). Os CAPS III e CAPS AD III funcionam 24 horas. Os CAPS são serviços estratégicos para agenciar e ampliar as ações de saúde mental, devendo se organizar tanto para ser porta aberta às demandas de saúde mental do território como também deve identificar populações específicas e mais vulneráveis que devem ser objeto de estratégias diferenciadas de cuidado (GARCIA et al., 2014, p. 131).

¹³Matriciamento ou apoio matricial é a construção compartilhada de intervenções na saúde, baseada em uma proposta terapêutica-pedagógica.

Do mesmo modo Cruz e Ferreira (2014) reafirmam o papel do CAPS ao colocar a sua fundamental importância no processo de articulação, assistência e regulação na rede. Portanto, o CAPS AD é responsável pelos casos mais graves e complexos, isto é, aqueles que apresentarem um padrão de dependência, ou grave comprometimento das suas relações com a família e a comunidade (CRUZ; FERREIRA, 2014). Dentre as atribuições dos CAPS AD estão: a garantia de um atendimento integral, conforme preceitua as diretrizes do SUS; assistência especializada segundo a necessidade apresentada pelo (a) usuário (a); acolher os familiares de usuários (as) em tratamento; promover atividades preventivas que minimizem os preconceitos decorrentes do uso de drogas. De acordo com o que preceitua o Ministério da Saúde, o objetivo do CAPS AD deve compreender as seguintes ações:

prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de rede; gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados; oferecer atendimento, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; oferecer condições para a desintoxicação ambulatorial ou o repouso de usuários que necessitem de cuidados; oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; promover, mediante diversas ações (que envolvem trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas e planejamento de projetos de vida mais saudáveis; trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo reduzir a influência dos fatores de risco para tal consumo; trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo educativo (VINADÉ; CRUZ, BARBEITO, 2014, p. 101).

Nesse sentido, Sousa (2011) alega que o CAPS deve proporcionar uma abordagem que se adequa da melhor forma à realidade concreta dos (as) usuários (as), aproximando a família do tratamento ou na tentativa de reativar os laços familiares e/ou comunitários, estruturar fatores que promovam a proteção para o uso e abuso de drogas; “[...] as atividades desenvolvidas por essa instituição são as seguintes: atendimento individual e grupal; atendimento à família; atividades comunitárias” (SOUSA, 2011, p.63-64).

As ações realizadas no CAPS devem contribuir tanto nas questões referentes à saúde, reduzindo os danos ocasionados pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, como também motivar o resgate do papel autorregulador por parte dos (as) usuários (as) para que haja uma co-responsabilização em sua relação com a droga, por meio da “[...] mobilização social para as tarefas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras de cidadania”, como afirmam Vinadé,

Cruz e Barbeito (2014, p.101), com o objetivo de fomentar a integração daqueles (as) atendidos (as) no CAPS.

A política de saúde para usuários de drogas reconhece o usuário de droga como sujeito de direito que precisa de tratamento, e tem com eixo principal uma rede de atenção organizada, a qual foi criada após um longo processo de mudanças lentas e gradativas, traz consigo princípios e diretrizes para a proteção do direito a saúde dos cidadãos (SOUSA, 2011, p. 53).

Esse redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental dispõe que as referidas modalidades deverão cumprir a função de atendimento ambulatorial de atenção diária público em saúde mental a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial em regimes intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

A legislação estabelece que os CAPS somente possam atuar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria (BRASIL, 2002).

Os CAPS tipo III se caracterizam por prestar o serviço de atenção psicossocial, e conforme preceitua a legislação, devem ser implantados para atender uma capacidade operacional que corresponda para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes.

Devem prestar atendimento durante 24 horas, inclusive aos fins de semana e feriado. Compõem a rede de serviço de saúde, e se constituem em um serviço ambulatorial, como já foi afirmado, de caráter contínuo.

Entre as modalidades de tratamento fornecidas pelo CAPS AD podemos citar: intensiva, semi-intensiva e não intensiva. O tratamento intensivo representa uma modalidade de atendimento direcionada a pessoas com grave sofrimento psíquico, que precisam de atenção contínua, de modo que o paciente é atendido diariamente. O tratamento semi-intensivo é uma modalidade para pacientes que precisam de atenção direta da equipe, mas apresentam menos sofrimento e melhor estruturação psíquica do que no caso anterior – nessa modalidade o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. E o tratamento não intensivo é ofertado a pacientes que não necessitam de suporte contínuo, limitando o seu atendimento em até três dias no mês. As atividades consistem em atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, repouso e desintoxicação ambulatorial (PEIXOTO, 2010 apud SILVA et al., 2012, p. 152).

Para que ocorra um fortalecimento dessa rede, assim como uma atenção continuada, deve estar referenciado a um serviço de acolhimento de urgência/emergência, além das Unidades Básicas, Unidade de Acolhimento, Programa de Redução de Danos e outros dispositivos dos quais o município disponha.

Entre as atividades prestadas, a Portaria nº 336, de fevereiro de 2002, define que estão inclusos:

[...] atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação; os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias; a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias (BRASIL, 2002).

Para o funcionamento, deve dispor de uma equipe técnica, ou seja, recursos humanos mínimos para execução do serviço:

[...] para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por 02 (dois) médicos psiquiatras; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

No que se refere ao período de acolhimento noturno, distribuídos em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: “03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio” (BRASIL, 2002).

Para o atendimento de 12 horas diurnas nos fins de semana e feriados:

[...] 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio (BRASIL, 2002).

Na visão de Sousa (2011), o percurso das políticas públicas para álcool e outras drogas tem passado por profundas transformações, que ressaltam o papel inerente ao Estado.

É dentro do exposto, contudo, que a estratégia de RD apresenta-se, desenvolve-se e articula-se cotidianamente por meio dos serviços prestados aos usuários de álcool e outras drogas, através de ações no território que viabilizam o cuidado para além da distribuição de insumos, no entanto, é por meio desse contato imediato que se geram vínculos que garantem ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde. Na visão de Almeida (2003), o diálogo é fundamental para que o profissional possa estabelecer uma relação de confiança e aceitação dentro do campo de atuação – lugar onde ocorre o contato com o usuário – e, nesse ponto, o agente redutor de danos se torna um mediador entre o usuário e a rede de serviço de saúde. Desse modo,

Salienta-se que a observância das condições de saúde da população, e dos determinantes sociais do processo saúde-doença, torna-se imprescindível para que o Movimento Sanitário avance no sentido de se colocar como um propulsor das mudanças para além de uma reestruturação do setor saúde [...] (BORGES, 2009, p. 85).

Portanto, a defesa da saúde enquanto produção social precisa ser pensada e discutida, para além dos fatores biológicos, mas deve englobar os determinantes sociais que abarcam a vida dos sujeitos. Com relação aos serviços especializados de cuidado em AD, é preciso ultrapassar as intervenções pontuais e erguer esforços em consolidar a rede de atenção psicossocial para, deste modo, promover efetivamente ações integrais, que não se reduzam ao uso de substância como última instância da vida de um ser humano. Para além do tratamento encontram-se outras implicações, como prevenir, tratar, reabilitar e desmistificar os (as) usuários (as) perante a sociedade; é preciso a compreensão de que a problemática das drogas se constitui em uma questão de saúde pública, mas que não se resolve apenas nessa esfera.

Podemos destacar na contemporaneidade o recorrente discurso da criminalização do consumo de substâncias psicoativas, o que só reforça a vulnerabilidade vivenciada pelos (as) usuários (as), ao mesmo tempo em que aponta para a necessidade de articulação das políticas públicas para efetivação de uma intervenção que garanta o cuidado em saúde alinhado a outras políticas intersetoriais. Assim, ressalta-se a importância de constantemente reafirmar as ações de RD como eixo da política de saúde.

Neste contexto, a política de Redução de Danos se apresenta enquanto uma estratégia de saúde pública para o cuidado, prevenção e promoção da saúde para a população usuária de drogas que se encontra destituída de autonomia e de sua cidadania. Por vezes esse (a) usuário

(a) marginalizado (a) sofre um processo de preconceitos inerentes à sua condição e limita-se a não procurar o acesso à saúde.

A abordagem de Redução de Danos não tem como objetivo principal fazer com que o usuário interrompa o uso da droga, ou que o indivíduo nunca a experimente. Sua preocupação não é a de acabar com o consumo (entende que de algum modo sempre teremos que lidar com isso), mas sim pretende lidar com o modo como este consumo é realizado, priorizando, especificamente, diminuir os possíveis danos à saúde (SODELLI, 2011, p. 16).

Vale ressaltar que a estratégia da redução de danos catalisa os princípios comuns ao SUS público, e se mostra como uma alternativa à produção da saúde, visa minimizar os danos para aqueles que não objetivam a abstinência.

1.1.4 Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS

Conforme sinaliza Protazio (2013), incontáveis desafios ainda perpassam o trabalho com usuários (as) de álcool e outras drogas, no que se refere a uma atenção psicossocial realizada de forma intersetorial, que estabeleça a cooperação entre as ações orientadoras de saúde, seja pela porta de entrada no sistema de saúde por meio das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Unidades de Saúde da Família (USF) até outros equipamentos sociais, que estabeleçam uma atenção mais especializada.

A intersetorialidade entre as políticas públicas se mostra como uma alternativa de cuidado integral, conforme preceitua os princípios do SUS. Porém, é preciso reconhecer os desafios impostos no cotidiano de trabalho dentro dessa política, entre os quais o Ministério da Saúde aponta: a necessidade de aperfeiçoar os instrumentos de acompanhamento e de geração de informações que possibilitem a avaliação e a gestão de programas nessa área. “Nesse sentido, no campo da prática de políticas públicas, a intersetorialidade e a intrasetorialidade requerem investimentos contínuos e de longo prazo, dedicando esforços coerentes a cada nova geração. [...]” (BRASIL, 2003a, p. 28).

A intersetorialidade aqui citada está relacionada à obrigatoriedade da existência de uma articulação entre diversas áreas que se conectam na estrutura da administração pública, são elas: gestão; hierarquização dos serviços de acordo com a complexidade e os níveis de

proteção; social. A completude desse processo é indissociável da vinculação entre os (as) usuários (as) e os serviços aos quais acessam (FAGUNDES; NOGUEIRA, s/a, p. 6).

Assim, é fundamental construir uma ação de forma intersetorial entre as políticas sociais, como assistência social, educação e saúde, vinculando acessos aos beneficiários e usuários das redes de serviços de cada política; ou seja, fazer um esforço para um contrato intersetorial por meio do qual partilhar as metas de enfrentamento das desigualdades sociais, econômicas, regionais [...] (FAGUNDES; NOGUEIRA, s/a, p. 6-7).

A figura a seguir retrata o processo de atenção à saúde de forma integral, com a prática da intersetorialidade.

Figura 1 - Atenção à Saúde



Fonte: BOLZAN, 2015.

Fagundes e Nogueira (s/a) se reportam ao tema da intersetorialidade como a abordagem que visualiza a articulação entre os serviços que compõem a rede social formada pela totalidade dos setores existentes e das demais instituições, isto é, as políticas setoriais (saúde, educação, assistência social, habitação, cultura, esporte, lazer, trabalho). Esse movimento se faz por meio das ações interdisciplinares dos profissionais e entre as instituições.

Em concordância com Coelho et al. (2009), os mais variados problemas de saúde aparecem vinculados aos contextos sociais, culturais, políticos e econômicos, que vão ter influência no desenvolvimento da condição de saúde-doença e ultrapassam o campo da saúde.

Por esse motivo, deve-se investir, sobretudo, em ações planejadas e estruturadas na interdisciplinaridade, em razão de que uma intersetorialidade realizada de forma precária não produz resultados. A intrasetorialidade diz respeito à articulação entre as entidades e órgãos de um setor, com o mesmo objetivo, o de promover a concretização da atenção integral à saúde da população.

Em 2011, por meio da Portaria de nº 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é instituída, configurando-se em uma rede transversalizada.

Art. 1º [...] cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

De acordo com o modelo apresentado pelo Ministério da Saúde, a centralidade do cuidado não deve basear-se em uma instituição de forma desarticulada dos demais equipamentos sociais e comunitários que compõem a vida desse (a) usuário (a), estabelecendo-se, desse modo, um cuidado integral. “A Política Nacional de saúde mental do SUS [...] prioriza a implantação e implementação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária eficaz, capaz de atender com resolutividade aos pacientes que necessitem de cuidado” (MINOZZO et al., 2014, p. 12).

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui os componentes da Rede de Atenção Psicossocial, que é subdividido em: Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centro de Convivência e Cultura); Atenção Psicossocial Estratégica (Centro de Atenção Psicossocial, nas diferentes modalidades); Atenção de Urgência e Emergência (Samu 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial; Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); Estratégia de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa); Estratégia de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho, Renda e Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais).

A Rede de Atenção Psicossocial em consonância com os princípios do SUS tem seus fundamentos nas seguintes diretrizes: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia,

a liberdade e o exercício da cidadania; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Cruz e Ferreira (2014) sinalizam que o objetivo da rede é promover o ingresso ao acolhimento e também suscitar estratégias de saúde diversificadas fora das instituições de modo que se alcance os (as) usuários (as) em seu ambiente habitual. “[...] Uma rede conforma-se na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades” (GARCIA et al., 2014, p. 127).

Outro ponto importante é pensar ofertas que não se limitem à saúde, mas direcionadas a outras ações, a exemplo da educação, geração de trabalho e renda, pois somente dessa forma torna-se possível garantir a promoção, prevenção, tratamento e a reabilitação de forma contínua, que incluem profissionais, usuários (as), familiares.

Mas no médio e longo prazo é preciso considerar que os territórios existenciais e laços sociais das pessoas que fazem uso de drogas são mais diversos do que um retrato momentâneo do usuário pode fazer supor. Eles não estão apenas ligados ao universo da droga, e por isso não devem ser desconsiderados em seu cuidado. O trabalho do cuidado está justamente em (re)encontrar, se possível com família e amigos, os espaços de inserção e de trocas sociais que a droga inibiu ou encobriu. E esse não pode ser um processo solitário, realizado em reclusão, ainda que algum tipo de proteção deva ser oferecida, como no caso dos serviços residenciais de caráter transitório da RAPS[...]. Ele deve ser um movimento assistido de reaproximação com os espaços de troca (trabalho, lazer, cultura, esporte, etc.) que podem criar sentido na vida de qualquer pessoa (GARCIA et al., 2014, p. 125).

Garcia et al. (2014) ressaltam a relevância da construção de uma rede comunitária de atenção à saúde e à articulação entre os serviços que compõem os diversos tipos de atenção, o que torna possível a construção de referências que podem se tornar pontos de acesso para os (as) usuários (as) em qualquer situação, de acordo com as demandas e especificidades pessoais e coletivas. “Para a organização dessa rede, a noção de território é especialmente orientadora. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dá a vida comunitária” (GARCIA et al., 2014, p. 127).

Neste sentido, evidencia-se a necessidade de implementação e harmonização dessa rede de assistência aos (às) usuários (as) de drogas. “Em cada município, bairro, comunidade e ambiente social e de trabalho podem existir demandas específicas e intervenções necessárias, capazes de serem contempladas pela criação de ações e iniciativas locais, com ampla participação de diferentes atores sociais” (VINADÉ; CRUZ, BARBEITO, 2014, p. 101).

Legitimar essas ações é fomentar ampliações, tanto no campo da teoria como no campo das práticas profissionais, pois implica em reconhecer os sujeitos envolvidos em sua diversidade; e como sujeitos de direitos, não os colocar em uma situação que limite seu acesso aos demais serviços de saúde, assim como o de outras políticas.

Cruz e Ferreira (2014) esclarecem que no processo de construção dessa rede de atenção ao usuário (a) de álcool e outras drogas não basta a consolidação de um espaço físico, mas capacitar a equipe multidisciplinar para a realização desse trabalho, articular e sensibilizar os demais atores que compõem a rede de atendimento, desmistificando preconceitos que inviabilizam o acesso a esses serviços.

Aprofundar a discussão sobre as alternativas para o Sistema de Saúde no Brasil, e sobre as necessidades de mudanças no perfil da força de trabalho, buscando interferir na formação dos profissionais de saúde, exige um olhar e um reconhecimento mais atento sobre as especificidades do mercado de trabalho em saúde. Torna-se necessário observar a extensão e as condições do emprego, as dinâmicas regionais, a oferta de serviços, a composição das equipes, o nível de assalariamento, dentre outras questões (BRASIL, 2002, p. 3).

Nesse contexto, torna-se essencial discutir as novas demandas por formação e qualificação postas aos profissionais que atuam no âmbito do SUS, mais especificamente na saúde mental, bem como as exigências por respostas profissionais no cotidiano de trabalho. Por fim, Poz e Girardi (2013) sinalizam que os formuladores de políticas públicas têm buscado observar a relevância da força de trabalho em relação ao bom desempenho no âmbito do sistema de saúde, “[...] particularmente as que visam à equidade na distribuição como a melhoria da qualidade dessa força de trabalho em todos os níveis” (POZ; GIRARDI, 2013, p.185).

Situar o debate sobre atemática das drogas para além do seu uso é ampliar o leque de ações possíveis a serem trabalhadas; é reconhecer os sujeitos em suas singularidades, particularidades, subjetividades, bem como sua cidadania para que tenha domínio sobre suas escolhas com responsabilidade.

CAPÍTULO 2

APORTES TEÓRICOS E CATEGORIAS ORIENTADORAS

Ao falar de trabalho em saúde estamos nos referindo à atuação dos (as) profissionais para e com a população, no conjunto heterogêneo de atividades executadas na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS) do qual nos referimos, como aquele com usuários (as) de drogas. Para a compreensão da dinâmica observada neste contexto, foram destacados alguns conceitos chave fundamentais para a análise e compreensão do objeto de estudo.

2.1.1 Trabalho em saúde

Conforme já pontuado, a política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas estabelece pressupostos orientadores das ações profissionais. É sob essas bases norteadoras que o trabalho em saúde vai se desenvolver. Para tanto, é necessário compreender o que é o trabalho em sua essência, e como as transformações do capitalismo implicam novas configurações e relações trabalhistas.

2.1.2 O que é trabalho?

Parte-se do pressuposto de que o trabalho é necessariamente um processo em que o homem se põe em relação com a natureza transformando-a em objetos que vão lhe garantir a subsistência, e imbricado nesse conjunto de relações, o homem não só modifica a matéria natural ao qual submeteu a sua vontade, mas transforma-se a si mesmo. Neste sentido, o trabalho é, portanto, constituinte do ser social. “[...] Por isso, o processo de trabalho deve ser considerado de início independentemente de qualquer forma social determinada” (MARX, 2013, p. 35). É, portanto, a capacidade teleológica que diferencia os homens dos animais, pois antes de efetivar a alteração de uma matéria-prima em um objeto, ele a idealiza. “[...]”

Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem [...]” (MARX, 2013, p. 36-37).

[...] No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e, portanto, idealmente. Ele não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo, que ele sabe que determina como lei, a espécie e o modo de sua atividade e ao qual tem de subordinar sua vontade [...] (MARX, 2013, p. 36-37).

Dito isto, Marx apresenta o trabalho dentro da sociedade capitalista, na qual o trabalhador (o homem) tem sua força de trabalho comprada pelo dono dos meios de produção (o capitalista), que a consome por meio do trabalho que será despendido durante o processo de produção de outras mercadorias. Conforme afirmam Iamamoto e Carvalho (2013), o trabalhador se põe a vender a única mercadoria que possui para, desta forma, suprir suas necessidades essenciais de sobrevivência; podemos então confirmar que a força de trabalho só possui valor ao ser consumida.

A utilização da força de trabalho é o próprio trabalho.[...] Para representar seu trabalho em mercadorias, ele tem de representá-lo, sobretudo, em valores de uso, em coisas que sirvam para satisfazer a necessidades de alguma espécie. É, portanto, um valor de uso particular, um artigo determinado, que o capitalista faz o trabalhador produzir (MARX, 2013, p. 35).

De acordo com Iamamoto e Carvalho (2013), ao vender a força de trabalho, o trabalhador recebe em troca o salário, que diz respeito à sua jornada de trabalho, ou seja, o seu salário não corresponde ao valor necessário e excedente que a sua jornada de trabalho abarca. O salário faz com que o trabalho despedido se configure como pago para o trabalhador.

Conforme cita Ianni (1992, p. 8), “Em essência, o capitalismo é um sistema de mercantilização universal e de produção de mais-valia. Ele mercantiliza as relações, as pessoas e as coisas [...]”. Em consonância, Netto (2009) afirma que as relações sociais presentes no capitalismo estão estritamente vinculadas às forças produtivas.

É nessa linha de raciocínio que compreendemos o trabalho e seus fundamentos nos moldes da sociedade capitalista. Diante da apreensão desses elementos é que podemos interpretar as metamorfoses do mundo do trabalho no contexto do capitalismo contemporâneo, mais exatamente a partir dos anos de 1970.

2.1.3 Contexto contemporâneo do trabalho

A entrada dos anos de 1970 indica a terceira fase do estágio imperialista, classificado como capitalismo contemporâneo; sob a égide dos monopólios, “[...] o capitalismo contemporâneo particulariza-se pelo fato de, nele, o capital estar destruindo as regulamentações que lhe foram impostas como resultado das lutas do movimento operário e das camadas trabalhadoras [...]” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 234).

O capitalismo experimentou três décadas gloriosas de crescimento econômico, que se findou entre os anos de 1974 e 1975, acompanhado de uma grande recessão – a onda longa expansiva estagna e as crises voltam a ser constantes.

Como resposta à crise desencadeada na década de 1970, o capitalismo efetivou uma série de mudanças orientadas pela ideologia neoliberal, o novo liberalismo econômico, baseado no tripé: reestruturação produtiva, financeirização e acumulação flexível. Desta forma, promovendo uma desterritorialização da produção, a flexibilização do mercado, do trabalho e dos produtos, mais uma vez ressaltando um desenvolvimento desigual e combinado.

No final do século XX, sobretudo após a década de 1970, as transformações se aceleraram e tomaram forma de fenômeno mundial (global). Diante de uma crise mundial da economia, a partir do ano de 1973, as ideias neoliberais começam a ganhar terreno e os estados capitalistas passaram a adotar uma série de medidas econômicas, visando conter a crise. O Estado vai se configurar como neoliberal. No mundo do trabalho, também ocorre uma série de mudanças. Todas essas mudanças, juntas, demarcaram uma experiência até então nunca vista. Pela primeira vez, o capitalismo conseguiu o feito de se tornar hegemônico ideologicamente (HEIDRICH, 2006, p. 6-7).

Como resultante implementa-se “[...] um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 237). Com a crescente diminuição de direitos e garantias em níveis sociais, atendendo prioritariamente aos interesses da classe burguesa.

O Estado passa a ser operador de múltiplas funções para garantir ao capitalismo sua sustentação, atuando na esfera política e econômica, que são convergentes entre si. Netto e Braz (2011) especificam que entre as funções realizadas encontram-se: a sua atuação em setores não rentáveis; suporte a empresas em condições adversas; a privatização de empresas públicas, tornando-se claramente um agente de tutela durante os períodos de crise, com o dever de respaldar a acumulação capitalista, bem como a sua valorização. “[...] o Estado

funcional ao capitalismo monopolista é, no nível de suas finalidades econômicas, o ‘comitê executivo’ da burguesia monopolista [...]” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 26).

De acordo com Netto (1992), vale salientar que o Estado nessa fase passa a exercer um duplo papel: para ele é necessária a legitimação política, articulada a um ambiente democrático, agindo enquanto mediatizador dos interesses antagônicos da burguesia e da classe trabalhadora, para esta última ao atender algumas de suas reivindicações mais imediatas objetivava-se “preservar e controlar a força de trabalho, ocupada e excedente”.

Esse período histórico de profundas mudanças econômicas, sociais e políticas, denominado de Terceira Revolução Industrial, se expande na década de 1980, acarretando a redução de postos de trabalho, flexibilizando as relações trabalhistas, ou seja, a perda da estabilidade no emprego, cortes sociais, como a redução do seguro desemprego, novas modalidades de contrato de trabalho que não beneficiam o (a) trabalhador (a), e o constante desmonte da esfera pública, com a demonização do Estado.

As mudanças que temos presenciado no mundo contemporâneo, motivadas pelas novas formas de organização econômica, aliadas ao desenvolvimento tecnológico, têm gerado impacto na organização da produção, causando problemas, principalmente nas áreas do trabalho e do emprego (MARTINS; MOLINARO, 2013, p. 1668).

Martins e Molinaro (2013) referem-se à desregulamentação ainda maior do mercado que já era precarizado, principalmente nos países periféricos, que historicamente tiveram sua construção sócio-histórica subordinada aos países centrais e aos seus organismos políticos internacionais. O processo de globalização econômica se estende e provoca mudanças na economia mundial.

No caso brasileiro, na entrada da década de 1990 o governo anuncia uma série de medidas para conter a crise, a chamada contrarreforma do Estado, em que foi empreendida privatizações de empresas públicas, reformas trabalhistas, a desresponsabilização do setor público por setores essenciais, entre outras diligências.

Rompendo com a lógica de afastamento entre o público e o privado, a Reforma do Estado introduziu no setor público o conceito de flexibilidade. Reflexos desta introdução são as mudanças na Constituição Federal, agregadas pela Emenda Constitucional nº 19/1998¹⁰. A quebra do Regime Jurídico Único, com a permissão da contratação pelas instituições públicas, de pessoal regido pela CLT; a introdução de mecanismos de redução e regulação do estatuto da estabilidade do servidor público; e a criação do dispositivo do contrato de gestão, com atributos de autonomia gerencial são algumas das evidências desta tendência flexibilizadora (MARTINS; MOLINARO, 2013, p. 1671).

Nessa conjuntura, não podemos deixar de evidenciar a forma terceirizada de contratação, que inclusive já consta com uma proposta tramitando no Congresso, por meio da PL 4.330, para que o setor público seja composto por esse tipo de mão de obra. “Este instrumento legal de regulação dos contratos temporários criado em 1977, por meio do Decreto 227112, e utilizado de forma residual na administração pública, ganhou maior centralidade frente às mudanças no cenário político e econômico” (MARTINS; MOLINARO, 2013, p. 1671).

Trata-se de impactos avassaladores sobre o trabalho e os padrões já fragilizados de proteção social, conforme coloca Yazbek (2001), é um problema estrutural da formação capitalista que vai provocar efeitos devastadores sobre a classe trabalhadora, que paga o ônus da crise e da acumulação privada daquilo que é socialmente produzido, e, sobretudo, sobre os setores mais vulnerabilizados da sociedade, que ao menos conseguiram se inserir no processo de venda da sua força de trabalho, ou seja, é a desconstrução dos direitos em todos os âmbitos.

2.1.4 O trabalho no SUS

O trabalho no setor da saúde é determinado por um agrupamento de normas, valores, instituições e atores, em que a partir do desenvolvimento de atividades de produção, distribuição e consumo se objetiva a promoção, prevenção e o controle das doenças e agravos sob a saúde, e para que isso seja possível é imprescindível a instrumentalização, capacitação e investigação no setor para que respostas exequíveis sejam operacionalizadas.

Ao nos reportarmos ao setor da saúde, é preciso entender que essa área engloba instituições públicas e privadas, que vão desde as prestadoras de serviços médico hospitalares, de saneamento básico, água até as instituições formadoras e de pesquisa. E assim, o conjunto dessas instituições formam o que chamamos de sistema nacional de saúde, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. A própria estrutura organizacional do País é que define o alcance e as responsabilidades designados em lei.

O alcance e as responsabilidades do setor da saúde nos temas relacionados à prevenção e atenção de emergências e desastres dependem da estrutura, do funcionamento e da legislação particular de cada país. Portanto, o desenvolvimento do tema e a organização dos atores em nível nacional irão variar de país para país. O importante é que o país e o setor

da saúde tenham estruturas organizacionais suficientemente flexíveis para adaptarem-se aos contextos políticos, sociais e técnicos que se apresentam durante emergências. Conforme Pires (2000), considerando o conjunto das reflexões de Marx, percebe-se que o trabalho em serviços pode adquirir caráter produtivo ou não, dependendo do tipo de relação econômica que se estabelece.

Neste contexto, a conquista da saúde como um direito de todos e dever do Estado acontece justamente na década em que o neoliberalismo começa a ganhar espaço no território brasileiro, contraditoriamente, é nesse momento em que implanta-se um orçamento específico e a garantia constitucional da saúde na Carta Magna no País.

Ao tempo em que avança a política de saúde, progride também a ameaça desse direito. Como exemplo dessa relação, Martins e Molinaro (2013) registram a crescente parceria entre o público e o privado na execução de serviços, ou seja, a abertura constitucional a essa modalidade, por meio da possibilidade da participação do setor privado de forma complementar através de planos e seguros de saúde.

O campo da saúde se caracteriza pela diversidade de vínculos trabalhistas, que vão desde cargos estatutários, contratos temporários, terceirizações, até o recibo de pagamento autônomo (RPA). As análises realizadas por Martins e Molinaro (2013) em relação às modalidades de contratação da força de trabalho alegam que em média 2,5 milhões de empregos são gerados nessa área. A partir disso, percebe-se que essa variedade, por outro lado, provoca uma fragmentação da classe trabalhadora no ramo, verificam-se as precarizações, por meio da má remuneração e das condições em que esse trabalho se realiza.

Nesse contexto acirrado pela inserção no mercado de trabalho, a qualificação aparece como um elemento diferencial para a contratação, e como um instrumento garantidor da conexão entre as práticas profissionais¹⁴ e a política de atuação, porém, por outro lado não há uma garantia de que esteja ocorrendo uma priorização sobre a especificidade do objeto de

¹⁴“Do que existe produzido a respeito do conceito de profissão, considero útil entender ‘PROFISSÃO’ como a qualificação que detém um grupo de trabalhadores, especializados na realização de determinadas atividades, e que dominam os conhecimentos que fundamentam a sua realização. Os profissionais controlam a produção e reprodução dos conhecimentos necessários ao seu trabalho, através do ensino e da pesquisa. Os membros da profissão estabelecem regras para o exercício profissional do grupo, fixadas em lei e/ou compartilhadas pelo grupo e legitimadas pela sociedade em que vivem. Organizam-se em entidades do tipo associativo, de modo a garantir o respeito às regras estabelecidas, a buscar o aprimoramento profissional e a desenvolver medidas de defesa do grupo. No que diz respeito ao controle sobre o processo de produção, e à questão da autonomia profissional, não me parece ser mais uma característica que pode ser considerada sem contextualizar a complexidade das formas de organização do trabalho coletivo introduzidas pelo modo de produção capitalista, com o parcelamento de tarefas e a gerência científica” (PIRES, 1989, 1998 apud PIRES, 2000, p. 254).

trabalho durante as seleções. Outra reflexão em debate diz respeito à formação, em consequência das mudanças que o mundo do trabalho vem sofrendo e das novas demandas profissionais que são postas no cotidiano. Segundo Martins e Molinaro (2013), cada vez mais é exigida uma continuidade da formação que perpassa a especificidade do trabalho no qual se está inserido (a) – essa trajetória profissional se constrói desde a inserção na universidade, no caso, deve-se integrar ensino e serviço.

Todas as universidades e outras instituições formadoras vêm sendo pressionadas por mudanças no processo de formação e na maneira como a universidade se relaciona com a sociedade. A necessidade de mudança decorre de elementos tais como as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde e as exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, os desafios da transdisciplinaridade na produção de conhecimento ou a necessidade de a universidade reconstruir seu papel social considerando a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento no mundo atual (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1404).

Nesse aspecto, Silva et al. (2012) assinalam a já comprovada deficiência da formação acadêmica desses profissionais, sendo esse um dos fatores que mais prejudica a assistência integral em saúde, principalmente no que tange ao cuidado a usuários (as) de álcool e outras drogas, pois percebe-se o despreparo para lidar com as ações propostas na política, e, conseqüentemente, ocorre a não efetividade dos procedimentos adotados, que por vezes aparece de forma desconexa ao contexto social dos sujeitos atendidos (as). Porém, essa é uma questão que não pode ser pensada desarticulada dos campos de atuação profissional; cabem às instituições formadoras e aos governos, junto aos equipamentos sociais, estabelecer políticas de constante capacitação, reciclagem e apoio profissional diante desses casos.

O trabalho na saúde que integra o setor de serviços, conforme ressalta Pires (2000), é coletivo, porque se realiza de forma multidisciplinar, por diversos profissionais, e tem por finalidade a ação terapêutica, com o objetivo de preservar as condições de saúde e prevenir doenças e os seus agravos, ou seja, o instrumento do trabalho é a prestação da assistência à saúde. No entanto, as metamorfoses do mundo contemporâneo alteram significativamente os processos de trabalho; com a modernização, as inovações tecnológicas são incorporadas de diversas formas e transformam as relações sociais presentes nas instituições.

[...] a forma como vem se constituindo implica tanto uma reestruturação organizacional e produtiva a qual altera o processo de trabalho, como significa dizer que ela repercute e influencia as formas como os trabalhadores interagem no meio social, no contexto político, bem como impacta nos saberes construídos, na formação da identidade dos atores e no sentido do trabalho. Dessa forma, as alterações na economia política e suas novas configurações, aliadas ao questionamento sobre a centralidade do trabalho na vida das pessoas, na contemporaneidade, têm suscitado um amplo debate teórico no qual se podem

observar diferentes argumentos que buscam compreender as modificações no interior do processo produtivo (BORGES, 2014, p. 69).

É nessa linha de raciocínio que Borges (2014) esclarece que o contexto atual de reestruturação produtiva do capital em que novas formas organizacionais, a exemplo do setor de serviços, se ampliam, o trabalho deve ser compreendido em seus movimentos macro e micro em âmbitos social, econômico, político e cultural. Há uma crescente demanda por mão de obra altamente qualificada que se mostre competente para realização das múltiplas tarefas, e dentro dessa totalidade as novas relações de saber podem ficar mais evidenciadas diante da flexibilidade dos contratos de trabalho.

Ao nos reportamos para os momentos de crise, percebemos que as alternativas governamentais para a “manutenção” de alguns serviços tornam-se basicamente a incorporação de um arsenal tecnológico que substitui a força de trabalho vivo, por um lado, e por outro, incrementa-se técnicas organizacionais para o gerenciamento dos serviços, que reforçam a necessidade de um trabalhador polivalente. Além disso, reduz a mão de obra qualificada em determinadas atividades, introduz-se o trabalho por produtividade, somado à redução salarial, possível numa conjuntura de crescente expansão do exército industrial de reserva (PIRES, 2000).

[...] Precarização do trabalho - a multiplicidade de relações contratuais e de trabalho encontradas neste processo recente de reestruturação produtiva, tem sido chamada, pelos defensores, de flexibilização e, pelos críticos, de precarização das relações de trabalho. Na saúde, apesar de não dispormos de pesquisas com dados nacionais que permitam estudos comparativos sobre a força de trabalho em saúde, podemos apontar a existência crescente de trabalhadores com contratos temporários, ou contratados para realizar atividades especiais, sem as garantias trabalhistas que gozam os demais trabalhadores assalariados da instituição. Como nos demais setores da produção, a terceirização na saúde tem sido utilizada pelos empregadores, tanto do setor público quanto do privado, para diminuir os custos com a remuneração da força de trabalho e para fugir das conquistas salariais e direitos trabalhistas dos trabalhadores efetivos da empresa-mãe (instituição-original) (DIEESE, 1993, PIRES, 1998 apud PIRES, 2000, p. 260).

As estratégias encontradas pelos governos e instituição são múltiplas, que vão desde o recrutamento de trabalhadores qualificados para áreas específicas no desenvolvimento de um trabalho mais criterioso e eficiente à utilização de um trabalho desqualificado, terceirizado e externo para a execução de atividades mecânicas.

Nesse movimento de transmutação, o desemprego estrutural acirra a concorrência pela ocupação de postos de trabalho, e, conforme já ressaltado, o setor terciário vai ser uma tendência em nível mundial, conforme aponta Borges (2009).

É justamente imerso nesse cenário que o debate da qualificação vai exercer sob os trabalhadores (as) a pressão e necessidade da recorrente e incessante preparação, a acumulação do conhecimento técnico e científico passa a ser um dos critérios necessários para a inserção mais estável nos campos de trabalho. “[...] Dadas essas considerações, vale ressaltar que este modelo industrial tem como base fundante a racionalidade. E esta ultrapassa não só âmbito das organizações produtivas como também o cenário da vida, das escolas, dos serviços de saúde, entre tantas outras esferas da vida” (BORGES, 2009, p. 30).

Trata-se de uma relação contraditória, pois ao tempo em que o capitalismo exige ora uma mão de obra qualificada ora desqualificada, ele também mercantiliza serviços e pessoas, são formações aligeiradas, flexibilizações de contratos, extensão das horas de trabalho prestadas, destituição de direitos, e inúmeros outros mecanismos de desmobilização e fragilização da consciência do (a) trabalhador (a). Indissociavelmente, as transformações citadas refletem no campo da saúde.

Nesse sentido, Borges (2009) identifica que a divisão social e sexual do trabalho nessa esfera, que é uma construção social e histórica ainda presente e mantida pela sociedade, é responsável pela constituição da identidade e perfil do trabalhador (a), fator que gera entraves na operacionalização do trabalho nessa sociedade fundada no modelo racionalizador. É a partir dessa observação que podemos afirmar a feminização das atividades em saúde, o que é possível notar principalmente em profissões nas áreas de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e outras que se inserem no campo.

Diante disso, percebe-se a complexidade que envolve o mundo do trabalho, e no caso em discussão, o trabalho em saúde, pois o mesmo envolve práticas, políticas e a própria concepção do que é saúde.

O trabalho em saúde é essencialmente constituído por equipes multiprofissionais; não existe um trabalho isolado que não precise da interlocução entre os profissionais das diversas áreas e setores sociais, uma vez que o objetivo da abordagem é a resolutividade da demanda/problema apresentado pela população. Como reitera Cecciim (2005, p. 163), sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em direitos à saúde” (CECCIM, 2005, p. 163).

Esse cenário apresenta-se como antagônico para os (as) trabalhadores (as) e exige do conjunto da classe que sobrevive do trabalho a constante reflexão teórica e a consciência política para o enfrentamento cotidiano da fragmentação dos serviços e das suas garantias trabalhistas, o que só é possível, por um lado, por meio da mobilização e organização sindical.

2.2 Contexto em que o trabalho se realiza

Diante do quadro apresentado, torna-se fundamental analisar em que contexto o trabalho em saúde vem sendo desenvolvido, são múltiplas as determinações sócio-históricas que perpassam o cotidiano do profissional que atua com a temática das drogas, entre elas podemos frisar a questão social e suas inúmeras expressões, a exemplo do desemprego, dos processos de estigmatização vivenciados pela população, a violência de gênero, o cerceamento dos direitos sociais.

É nesse sentido que apontamos a necessidade de reflexão desse conteúdo para a compreensão de que existe todo um contexto articulado que interfere direta e indiretamente na construção da concepção sobre drogas, na política de atenção integral aos usuários, na rede de atenção psicossocial, e especificamente no trabalho dos profissionais da saúde.

2.2.1 Questão social na contemporaneidade

Não se pode estudar a questão das drogas e realizar uma análise da política sem compreender como nesse contexto as refrações da questão social¹⁵ se expressam, e, diante disso, as respostas do Estado para o seu enfrentamento.

Como ponto de partida, seguimos o entendimento de Netto (2004) ao analisar que em primeiro plano existem fatores que diferenciam o pauperismo da “questão social”. O fato é que antecedentes ao capitalismo existiam pobreza e miséria, mas as desigualdades se davam no âmbito das privações materiais decorrentes do baixo desenvolvimento das forças produtivas, e a existência da escassez dos meios de sobrevivência abrangia a maior parte da população. No capitalismo, acontece justamente o inverso, as forças produtivas se desenvolvem ao nível de constituir condições amplas de acesso a serviços e alimentação para população, porém, a apropriação privada da produção coletiva torna-se marca exclusiva do

¹⁵ Nessa perspectiva, Pastorini (2004) discute que as manifestações da chamada “questão social” têm relação direta com o processo da lei geral da acumulação capitalista, conceito trabalhado por Karl Marx em seus estudos. E são essas contradições inseparáveis do sistema capitalista que desembocam processos de pauperização, desigualdades, que se refletem no cotidiano daqueles sujeitos subalternizados pelo sistema do capital. Desse modo, a autora relata que os “[...] traços particulares vão depender das características históricas da formação econômica e política de cada país e/ou região. Diferentes estágios capitalistas produzem distintas expressões da ‘questão social’” (PASTORINI, 2004, p. 97).

capitalismo, pois determina em sua estrutura enquanto modo de produção que as desigualdades sociais são insupríveis.

Tendo em vista as contradições que são inseparáveis do sistema capitalista e que as expressões da “questão social” são, portanto, provenientes dessa relação, percebeu-se que as desigualdades entre as classes sociais, ricos e pobres, não era mais a justificativa para o crescente estado de pobreza que a população estava submetida, pois havia um intenso desenvolvimento das forças produtivas.

[...] a evolução da questão social apresenta duas faces, indissociáveis: uma configurada pela situação objetiva da classe trabalhadora, dada historicamente em face das mudanças no modo de produzir e de apropriar o trabalho excedente, como frente à capacidade de organização e luta dos trabalhadores na defesa de seus interesses de classe e na procura de satisfação de suas necessidades imediatas de sobrevivência; outra, expressa pelas diferentes maneiras de interpretá-la e agir sobre ela, propostas pelas diversas frações dominantes, apoiadas no e pelo poder do Estado (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013, p. 79).

É mais precisamente na fase do capitalismo monopolista que o Estado intervém mais especificamente sobre as expressões da “questão social”. Netto e Braz (2011) utilizam-se da seguinte argumentação, na qual diz que o Estado, imerso nas contradições do próprio capitalismo, incorpora demandas e reivindicações imediatas da classe “subalterna” para assim obter sua legitimação política: “É somente nestas condições que as sequelas da questão social tornam-se – mais exatamente: podem tornar-se – objeto de uma intervenção contínua e sistemática por parte do Estado [...]” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 29); intervenção que passa a ser realizada por meio de políticas sociais.

Mas é necessário lembrar que as manifestações das desigualdades e antagonismos que constituem a “questão social” encontram-se embasadas nos processos estruturais do desenvolvimento capitalista. Dessa forma, uma vez que a “questão social” começa a tomar estado público, as medidas utilizadas para enfrentá-la já não podem ser pensadas estritamente como mecanismos que contribuem para a acumulação do capital, pelo contrário, devem ser vistas como uma relação de mediação entre a sociedade civil e o Estado, que reflete sua dupla característica de coerção e de consenso, de concessão e de conquista [...] (PASTORINI, 2004, p. 111).

Vale pontuar que na fase monopolista do capitalismo, quando se dá uma crescente incorporação tecnológica e há novas configurações do mercado, o índice de trabalhadores que passam a compor o exército industrial de reserva aumenta. Neste sentido, fica ainda mais evidente que a colocação de que “[...] a preservação e o controle contínuos da força de trabalho, ocupada e excedente, é uma função estatal de primeira ordem [...]” (NETTO, 1992, p. 26).

Como caracterizam Netto e Braz (2011), esse exército industrial de reserva é formado por uma parcela da população que não consegue se inserir no processo de venda da sua força de trabalho. E os capitalistas valem-se desse contingente de desempregados para oferecer baixos valores para a compra da força de trabalho, além de que esse elemento submete os trabalhadores a relações de exploração, a condições precárias de trabalho e baixos salários. Essa relação se estabelece na contemporaneidade.

O que podemos observar com as relações de trabalho e salários dos trabalhadores de diversas áreas, entre elas a da saúde, é simultaneamente o contingente de indivíduos desempregados e sem renda; dado que se reflete também entre a população usuária de drogas, que sofre as implicações de um contexto que os marginaliza e os criminaliza dos processos e das relações sociais cotidianas.

Pastorini (2004) explica que existe uma correlação inerente ao sistema capitalista, que diz respeito à forma como os homens num determinado contexto se organizam para produzir e reproduzir em sociedade, que se constitui uma relação entre produção de mercadorias, mais-valia e reprodução das relações propriamente capitalistas, elementos esses que correspondem àquilo que se expressa a “questão social”. Afinal, o capitalismo é também validado pela produção e reprodução das relações sociais.

Enfrentar este “conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura” sob pressão da classe explorada, tem sido uma tarefa atribuída ao Estado. No decorrer da história do capitalismo, como modo de produção, o Estado e seu “papel”, em relação ao enfrentamento da questão social, vêm sofrendo transformações [...] (HEIDRICH, 2006, p. 3).

É nesse aspecto que as políticas sociais desenvolvidas têm como objetivo central escamotear a percepção sobre os fundamentos da “questão social”, combatendo diretamente e indiretamente situações que sejam consideradas capazes de pôr em risco a ordem e a coesão capitalista. E essas ações funcionam de forma setorializada e fragmentada, ou seja, políticas voltadas para repressão e o consenso.

Ao passo que o capitalismo se desenvolve sobre as bases da relação de exploração sobre o trabalho, como seu principal fundamento, às expressões da “questão social” vão se apresentar expressões multifacetadas.

[...] do ponto de vista histórico, no capitalismo a “questão social” vincula-se estreitamente à questão da exploração do trabalho, ou seja, a “questão social” apresenta-se, desde as suas primeiras manifestações, estreitamente vinculada à questão da exploração capitalista, à organização e mobilização da classe

trabalhadora na luta pela apropriação da riqueza social [...] (PASTORINI, 2004, p. 110).

Neste sentido, a naturalização das múltiplas expressões da questão social cria um processo ideológico de criminalização, na culpabilização dos indivíduos, ao responsabilizá-los pelas condições de pobreza e miséria em que vivem, a falta de recursos para a manutenção da própria subsistência, a crescente violência nos centros urbanos, o desemprego, os encarceramentos – e nesse universo, o uso abusivo de drogas.

O uso de drogas tem se expandido e se tornado uma preocupação da sociedade e dos governos, por meio de ações do Estado e das políticas implementadas para o enfrentamento do problema. “A demonização do ‘drogado’ e a construção de um significado suposto para o conceito “droga” alcança na época contemporânea um auge inédito. Um fantasma ronda o mundo, o fantasma da droga, alçado à condição de pior dos flagelos da humanidade” (CARNEIRO, 2002, p.2 apud BOLZAN, 2015, p. 45).

Em concordância com a colocação de Netto e Braz (2011), no capitalismo contemporâneo, além da naturalização da “questão social”, acrescenta-se a criminalização da pobreza, e diante do avanço do capitalismo e as respostas empreendidas pelas classes sociais, dissemina-se a cultura da “tolerância zero¹⁶”, na qual a repressão toma lugar de direitos e os efeitos se refletem na sociabilidade humana, que não mais se reconhece em sua totalidade. Enfim, políticas que buscam e só podem tratar os efeitos imediatos e não a verdadeira causa, que está na própria estrutura do capitalismo.

É importante discutir aspectos relacionados às expressões da questão social no contexto contemporâneo comumente dirigido ao público usuário de álcool e outras drogas, que desencadeiam efeitos “devastadores”, pois agravam o processo de desigualdade social e o acesso diferenciado a diversas políticas públicas.

Como síntese do contexto social que buscamos compreender, por meio da análise das expressões sociais na contemporaneidade, temos a descrição realizada por Moura (2007, p. 30):

[...] a persistência de elevados níveis de desigualdade social, as taxas baixas ou negativas de crescimento econômico, o elevado nível de desemprego e de emprego precário, o rápido crescimento das grandes cidades e áreas metropolitanas, a

¹⁶ A cultura da tolerância zero está relacionada à disseminação do aumento das práticas de intolerância/repressão que desencadeiam atos de violência executados pela população por meio de grupos denominados de “justiceiros”, que buscam executar ações de “justiça com as próprias mãos”, o que resulta em atos de barbárie e intolerância a grupos ou atos praticados por indivíduos. Ou ações punitivas por meio da judicialização da questão social, isto significa penalizar por meio da lei as expressões da questão social não incorporadas e respondidas no âmbito do Estado.

homogeneização e inflação das expectativas dos jovens que nascem em comunidades mais pobres, a ausência ou fragilidade de infraestrutura urbana clássica, de serviços sociais e de organizações da sociedade civil em bairros mais pobres, a disponibilidade crescente de armas ligeiras e drogas, a presença crescente e cada vez mais forte do crime organizado, a cultura da violência mantida e perpetuada pelo crime organizado e pelos meios de comunicação e, finalmente, o nível de eficácia da política e de outras instituições do sistema de justiça criminal.

Na década de 1970 que se disseminou o neoliberalismo frente à recessão econômica generalizada, evidenciou que a preocupação do Estado não estava, como nunca esteve, em responder plenamente aos interesses e necessidades da população, mas, sim, em contribuir para a dominação da classe que sobrevive dia após dias com os mínimos sociais. Entendemos aqui que até mesmo a formação do exército industrial de reserva possui uma finalidade substancial para o capitalismo, com a inserção fragilizada dessa população nas políticas de transferência de renda, que inserem minimamente esses indivíduos na ciranda do consumo, do crédito e do endividamento. Busca-se na verdade integrar esses indivíduos de forma mínima e precária aos usufrutos da riqueza socialmente construída, como afirma Yasbek (2011).

Ao refletir sobre esse aspecto, Santos, Soares e Campos (2012) manifestam que diante desse novo cenário as relações sociais são reconfiguradas, constituindo novas subjetividades alicerçadas no capitalismo, empreendidas pela reprodução ampliada do capital, principalmente pela difusão do consumismo. Essa realidade modifica o desenvolvimento da sociedade e a forma como se processam as relações sociais.

Baseado na produção flexível como sustento para a manutenção das formas de acumulação, esse novo padrão se desenvolve atravessado pelo discurso neoliberal, o Estado minimiza suas funções ao campo da mediação dos conflitos sociais que possam surgir para questionar os parâmetros que organizam a sociedade de acordo com o modo de produção.

Após a crise da década de 1970, o capital se vê ameaçado, tendo em vista a redução abrupta das taxas de lucro. Como forma de contorno a esta situação, o modo de produção é chamado a pôr em prática a reestruturação produtiva, em que o sistema passa a investir na inserção tecnológica em detrimento da economia de trabalho humano. Esta ação desencadeia um processo acelerado de desemprego – o chamado desemprego estrutural – mas que é funcional à valorização do capital na medida em que barateia o valor da força de trabalho. Observa-se, portanto, que desigualdade social – que é agravada pelo desemprego estrutural – é funcional, constitutiva e ineliminável da lógica capitalista (SILVA, 2011, p. 3)

Ianni (2000) frisa que os modelos de sociabilidade se transformam nesse período de globalização e passam a influenciar ideologicamente a composição da vida, do trabalho e da cultura, representados pela difusão das tecnologias eletrônicas, informáticas e cibernéticas, e, sobretudo, as estruturas de poder.

É nessa linha de argumentação que Hirata (2003) caracteriza o cenário que se apresenta desde a década de 1990, com forte recessão econômica acompanhada do desemprego em massa, precarização e desregulamentação das relações de trabalho, com efeitos nas políticas públicas.

Notoriamente, se fazem presentes as injustiças sociais generalizadas dentro desse contexto de globalização, reafirmadas pelos fatores já citados; os Estados apresentam como efeitos da crise “[...] sérias restrições quanto à operacionalização de novas políticas públicas de cunho social em decorrência de seus respectivos processos de reestruturação de corte neoliberal para atender aos interesses das transnacionais” (POZZO; FURINI, 2010, p. 87-88).

Apesar da intervenção do Estado, por meio de políticas sociais e a tentativa não consolidada de promover justiça social, não garante nem mesmo viabiliza em sua plenitude a inserção da população que vive em condições precárias a serviços essenciais básicos, nem mesmo altera suas condições de vida. A incorporação nas políticas é realizada com um caráter cada vez mais restrito, ao selecionar o pobre do mais pobre e ao priorizar ações imediatistas e, em muitos casos, transferindo a responsabilidade para entes privados e filantrópicos.

Na questão econômica, Neves (2000) deixa claro que o desemprego apresenta-se como uma expressão da crise estrutural do capitalismo, que se manifesta com a não participação de grande parte da sociedade no mercado de trabalho e, por conseguinte, do consumo.

Se considerarmos os dados do II LENAD (2014), apenas 48,1% da população usuária de drogas pesquisada em todo o território nacional possuíam a carteira de trabalho assinada, ou seja, inserção no mercado formal de trabalho. O primeiro dado aponta que 51,9% da população brasileira que faz uso de substâncias psicoativas estão fora do mercado de trabalho.

A pesquisa de Silva et al. (2012) realizada no CAPS AD Primavera na cidade de Aracaju retrata o perfil da população que busca tratamento no serviço especializado de atenção psicossocial. De acordo com os dados encontrados para definir o perfil sociodemográfico, cerca de 51,5% da amostra não possuíam vínculos empregatícios. A falta de ocupação nesses casos pode ocorrer por diversos fatores, entre eles: em nível mais geral, a crise econômica, que tem gerado desemprego em larga escala no País; em segundo plano, porque o estágio do uso abusivo de drogas, em alguns casos, reflete-se de forma mais agressiva, em que usuários (as) não conseguem cumprir regras e normas sociais; e de forma muito mais severa, a estigmatização dessas pessoas, que acabam sendo taxadas pela sociedade como “criminosas”, “marginais”, “drogadas

Sobre a classe socioeconômica dos respondentes da pesquisa do LENAD (2014), os depoimentos informam que 45,2% da população que fazem uso de substâncias psicoativas são da classe C; 29,9% correspondem à classe B; 16,0%, à classe D; 4,7%, à classe A; e 4,2% pertencem à classe E. O que não significa dizer que somente a classe mais pobre da sociedade é usuária de substâncias psicoativas, mas essa é uma expressão que tem incidido em todas as classes.

Utilizando-se da conceituação do Centro de Políticas Sociais (CPS) da Fundação Getúlio Vargas (FGV), a distribuição entre as classes sociais seria subdividida de acordo com o valor da renda mensal: a classe A corresponderia a uma renda mensal acima de R\$9.745,00; a classe B varia de R\$7.475,00 a R\$9.745,00; a classe C, de R\$1.734 a R\$7.475,00; a classe D, de R\$1.085,00 a R\$1.734,00; e a classe E, de R\$0,00 a de R\$1.085,00.

A desigualdade de classe repercute na falta de acesso a serviços sociais básicos e ao mercado de trabalho, cada vez mais seletivo e restrito, o que consequentemente tem causado a culpabilização individual.

É importante considerar que nos últimos anos houve um aumento da classe C, mobilidade social que pode ser estagnada por conta da atual crise econômica e, consequentemente, dos desempregos dela decorrentes, como podemos presenciar nos noticiários¹⁷. A Agência Brasil/Portal Brasil publicou em 2012, ano da pesquisa do II LENAD (2014), que a classe C já era a maioria da população do País, acontecimento provocado pelo salto no perfil da renda no ano de 2011; a média era que 27 milhões de pessoas haviam deixado as classes D e E; outro salto seria a saída de aproximadamente 230 mil pessoas da classe C para entrar nas classes A e B, o que de acordo o portal de pesquisas divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), essa melhoria na renda da população brasileira e a mobilidade social decorrente desse processo estaria aliada a programas sociais desenvolvidos pelo governo federal.

A falsa e aparente igualdade capitalista não se preocupou em nenhum momento da história em extinguir as desigualdades sociais; nesta perspectiva, o pleno emprego revela-se como incompatível ao desenvolvimento desse sistema, conforme demonstra a nossa realidade cotidiana (SPOSATI, 1998).

¹⁷Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), no ano de 2017 o Brasil terá 1,2 milhão de desempregados mais, totalizando 13,6 milhões de pessoas sem trabalho formal até o final do ano, segundo as previsões destacadas pelo site: <http://www.valor.com.br/brasil/4834848/brasil-tera-12-milhao-de-desempregados-mais-em-2017-preve-oit>

No Brasil, as políticas sociais que foram introduzidas em nenhum momento tiveram a capacidade de abranger todos os cidadãos e propiciar acesso ao mercado de trabalho, à educação, cultura e ao lazer. Esse movimento de manifestações e enfrentamentos às expressões materializadas da questão social vai ser diferenciado nos países de primeiro e terceiro mundo, em virtude da própria formação (histórica, econômica, política, cultural e social) dos países centrais e periféricos do globo.

Pozzo e Furini (2010) dialogam que esse temário abarca desde situações de privação, discriminação, formulação de estereótipos a estigmatização de grupos e populações.

[...] configuram-se, pois, como indicadores de uma forma de inserção na vida social, de uma condição de classe e de outras condições reiteradoras da desigualdade (como gênero, etnia, procedência etc.), expressando as relações vigentes na sociedade, são produtos dessas relações, que produzem e reproduzem a desigualdade no plano social, político, econômico e cultural, definindo para os pobres um lugar na sociedade. Um lugar onde são desqualificados por suas crenças, seu modo de expressar-se e seu comportamento social, sinais de “qualidades negativas” de expressar-se e indesejáveis que lhes são conferidas por sua procedência de classe, por sua condição social. Este lugar tem contornos ligados à própria trama social que gera a desigualdade e que se expressa não apenas em circunstâncias econômicas, sociais e políticas, mas também nos valores culturais das classes subalternas e de seus interlocutores na vida social [...] (YAZBEK, 2001, p. 35).

Sousa (2011) enfatiza que nesse contexto as desigualdades criam situações que oportunizam e fomentam o consumo de substâncias psicoativas. Neste sentido, o uso de drogas exerce um papel de amenização dessa condição, um alívio para estágios de frustração. Portanto, limitar o sujeito a apenas usuário (a) de drogas é suprimi-lo de todo um contexto social e reduzi-lo a um estigma que o segrega de todo um conjunto de relações sociais, enquanto pessoa, pai/mãe/filho, trabalhador, e assim por diante.

Imaginemos agora esses efeitos direcionados às usuárias “escondidas da sociedade”, escondidas porque a mulher por décadas ocupou um papel ligado ao sexo, no sentido biológico da palavra, como inferior, subordinada ao sistema patriarcal, reprodutora e cuidadora da família, retificando as diferenças de gênero.

Para Carvalhaes e Toneli (2011), essa dinâmica reafirma a subalternização das mulheres, ao personificar e tornar presente a introdução de atos de violência, de culpabilização e de incontáveis manifestações de discriminações que reduzem o papel da mulher na sociedade.

Os reflexos do acesso desigual a bens, serviços e o próprio papel estabelecido culturalmente para a mulher têm o sentido de reforçar o caráter que inviabiliza a sua presença em alguns espaços públicos, e na condição de usuária de drogas essa situação se agrava, pois

há no imaginário social que toda mulher que consome substâncias ilícitas é negligente com a família, de que todas se utilizam do corpo para conseguir recursos para manter o uso; há a formulação de um arquétipo da mulher como imoral e desvirtuada. Esse assunto será tratado com maior propriedade no Capítulo 3.

Desta forma, podemos observar os impactos da dinâmica do desenvolvimento do capitalismo contemporâneo, como lembra Yazbek (2001), a partir dos quais a pobreza, a violência, e tantas outras expressões da questão social integram diariamente o nosso cotidiano. E as marcas desse processo são ainda mais aguçadas sobre a população mais empobrecida da sociedade; assim, podemos destacar:

[...] o aviltamento do trabalho, o desemprego, os empregos de modo precário e intermitente, os que se tornaram não empregáveis e supérfluos, a debilidade da saúde, o desconforto da moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente, a fome, a fadiga, a ignorância, a resignação, a revolta, a tensão e o medo são sinais que muitas vezes anunciam os limites da condição da vida [...] (YAZBEK, 2001, p. 35).

Características que precisam ser pensadas em articulação com a forma como se configuram as relações econômicas na nova ordem econômica mundial, que designa onde os estados dependentes devem investir. E ideologicamente percebe-se a banalização e intolerância em relação à pobreza, às drogas, conforme já foi destacado, assim como o não reconhecimento dos direitos sociais, que não são assegurados e, nesse contexto, perdem seu real significado.

2.2.2 Os estereótipos de papéis e segregação do (a) usuário (a) de álcool e outras drogas, limites à ampliação dos direitos sociais

As reproduções dos estereótipos ganham a difusão na atualidade pela velocidade de informação que circulam nas mídias, seja ela televisiva ou por meio das redes sociais, que se utilizam estrategicamente do público/telespectadores para propagar ideologias daquilo que é aceito culturalmente. Essas ideias podem gerar os mais variados tipos de violências e preconceitos.

Os estereótipos são atributos às pessoas fundados no fato de elas possuírem alguma característica, fazerem parte de um grupo ou categoria social (Oakes, Haslam & Turner, 1994 apud PEREIRA; TORRES; ALMEIDA, 2003, p. 97). Nota-se que, na maioria das vezes, os

estereótipos remetem pré-conceitos, rótulos que não possuem validação teórica, mas são amplamente difundidos pelo senso comum.

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias: Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas. As rotinas de relação social em ambientes estabelecidos nos permitem um relacionamento com "outras pessoas" previstas sem atenção ou reflexão particular. Então, quando um estranho nos é apresentado, os primeiros aspectos nos permitem prever a sua categoria e os seus atributos, a sua "identidade social". (GOFFAMAN, 1891, p. 5).

Goffaman (1981) refere-se às pré-concepções instituídas na dinâmica das relações sociais, quando desconsideramos o indivíduo em sua totalidade e passamos a estabelecer características reducionistas. O conceito de estigma carrega uma significação pejorativa sobre determinados grupos e pessoas que se comportam de forma oposta as normas naturalizadas pela sociedade, ou seja, todo aquele que destoa do considerado normal/natural está fora dos padrões, o estigma social desemboca na criminalização do conjunto desses indivíduos. “O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso.” (GOFFAMAN, 1891, p. 6).

No tocante ao uso de drogas, compreensões equivocadas em torno do assunto ocasionam generalizações que marcam esses (as) usuários (as) com adjetivos que degradam sua imagem e que, por vezes, acaba sendo internalizado por eles. Isso se reflete na busca por assistência à saúde.

[...] pesquisas têm demonstrado que apenas 5 a 10% das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas procuram tratamento especializado e que aproximadamente 20% das pessoas que procuram a rede de cuidados primários de saúde têm problemas por uso de drogas, na grande maioria das vezes, não revelados durante a consulta (ANDRADE; RONZANI, 2014, p. 33).

O mais agravante é refletir que concepções estereotipadas permeiam as relações entre profissionais da saúde, daí decorre o volume de encaminhamentos aos serviços especializados, perdendo a oportunidade de intervir com ações preventivas e promotoras da saúde; fica claro a falta de investimento em treinamentos e não clareza da política, que por décadas se restringiu à demonização das substâncias ilícitas e, por conseguinte, dos (as) usuários (as).

No que se refere ao trabalho com usuários de álcool e outras drogas, Oliveira (2014) pronuncia o imenso desafio para uma atuação na perspectiva dos direitos. Por um lado existe o preconceito reforçado pela falta de informação sobre o assunto, juntamente com uma mídia que ataca de forma generalista e distorcida todos (as) aqueles (as) classificados como “perigosos” e que, segundo suas concepções, rejeitam ajuda ou não querem ser reclusos para um tratamento; por outro, percebe-se uma ação pública fracionada que visa responder de forma imediatista a essa matéria complexa.

[...] o que temos acompanhado no espetáculo midiático é a transformação de segmentos da população, já vulneráveis pelo não acesso ao conjunto de direitos básicos, em criminosos por possuírem um comportamento “desviado”, fora dos “padrões hegemônicos”, “socialmente definidos como adequados” (OLIVEIRA, 2014, p. 59-60).

Não se pode deixar obscuro o papel da mídia, que vai exercer uma influência considerável no tratamento sobre a questão das drogas na atualidade, que por muitas vezes, imbuída de um posicionamento, fortalece pré-conceitos e apresenta de forma sensacionalista esta problemática, exaltando a drogadição como única causadora da violência, criminalizando de forma generalista todos os sujeitos.

O que se percebe muito presente na atualidade é o antigo discurso de “guerra às drogas”, elemento que contribui para compor um leque de ações de cunho repressor e estigmatizador, que fortalecem atos desumanos, pois não levam em consideração o sujeito, mas, sim, sua condição atual, reduzindo-o (a) a mero (a) usuário (a) de substância ilícita.

Ao mesmo tempo em que a pesquisa feita pelo instituto Datafolha mostra que os moradores de rua dos centros de grandes capitais são os “excluídos dos excluídos”, pesquisas do mesmo instituto mostram que 90% da população é a favor de que se interne à força estas pessoas; e 82% delas concordam com a ação violenta nas crackolândias (GOMES; CAPPONI, 2011, p. 10).

Conforme aponta Almeida (2003), o anseio de culpabilizar o outro, de sobrecarregá-lo dos problemas sociais, tem sido a rota de fuga escolhida para que governo e sociedade diminuam a complexidade desses “problemas” e eximem-se de suas responsabilidades sobre uma questão que é de saúde pública.

Percebe-se o posicionamento da mídia no sentido de compor uma caracterização generalista quando o assunto são drogas; de postura repressora e excludente a mídia incorpora o papel de transmitir para a sociedade a ideologia dominante que deve orientar o pensamento sobre assuntos de grande impacto, sobretudo, frisando ações de segurança pública e, de modo

esporádico, as de saúde; porém, centra-se em tratamentos de cunho segregador, ao fortalecer a concepção de que o (a) usuário (a), todos (as) e em qualquer condição, deve ser internado, recuperado, e só então reassumir seus papéis sociais. Comumente, apresenta locais específicos onde usuários são retratados como “zumbis”, “marginais”, principalmente quando se trata de locais onde parte da população tem fácil acesso aos mais variados tipos de drogas, como é o caso da cracolândia.

Com base nessa concepção, há um constructo social que propaga um discurso que atribui às pessoas que usam drogas a qualidade de zumbis, como algo não humano, sem desejos e minimizados a meros objetos. Com isso, se torna necessário problematizar as terminologias utilizadas para se referenciar as pessoas que fazem uso de drogas, onde muitos termos são pejorativos, carregados de valores morais e preconceitos, como por exemplo: drogado, drogadito, crakeiro, pedreiro, bêbado, cheirador, maconheiro, entre outros (BOLZAN, 2015, p. 45).

A divisão entre drogas lícitas e ilícitas corrobora com a disseminação da ideia proibicionista, mesmo com campanhas e pesquisas que retratam que os parâmetros de prejuízos que as drogas legais provocam são tão lesivos quanto os daquelas classificadas como ilegais. Bolzan (2015) ratifica que essa diferenciação entre as substâncias contribui para a construção da identidade dos usuários de drogas proibidas e de grupos específicos, inclusive em relação à classe social.

No tocante às próprias formulações da política de saúde voltada para os (as) usuários (as) de drogas, também se inserem no método propagandístico, de divulgação de ações, modelos, características sobre as drogas; e, historicamente, estabeleceu-se uma relação complexa entre a saúde e a segurança sem a conexão das diretrizes entre essas duas políticas.

Segundo Ronzani (2010), o estigma social relacionado ao usuário de álcool e outras drogas influencia na qualidade da atenção prestada a este usuário. Sendo assim, a estigmatização do indivíduo implica consequências negativas para o mesmo, como por exemplo: distanciamento social, dificuldade de acesso a serviços de saúde, educação, emprego, moradia, entre outros (SILVA et al., 2012, p. 167).

Sousa (2011) esclarece que é papel do Estado criar políticas públicas referentes à prevenção, tratamento e reinserção social, com o objetivo de garantir e viabilizar direitos de cidadania ao conjunto da sociedade e a essa parcela da população por vezes esquecida pelo poder público. Desta forma, segundo Oliveira (2014), é possível assegurar abordagens mais coerentes com a realidade dos (as) usuários (as) e que buscam respeitar escolhas e direitos. “[...] No contraponto da criminalização, o acolhimento; no contraponto da punição, a

educação; no contraponto da marginalização, o acesso aos bens socialmente produzidos; no contraponto do preconceito e da discriminação, a cidadania” (OLIVEIRA, 2014, p. 61).

É imprescindível e inadiável popularizar o debate sobre as drogas com o objetivo principal de ultrapassar o ideário social em relação à temática, ampliando os campos de discussão de debate, de participação da sociedade, dos profissionais, dos (as) usuários (as). Desconstruir a concepção erroneamente divulgada do (a) usuário (a) de drogas, debater o uso disseminado de drogas lícitas e as suas consequências não é uma tarefa fácil, porém, essencial.

Ao abordar os estereótipos de gênero, percebemos que semelhantemente ao descrito existem conjuntos de crenças pessoais ou públicas/partilhadas do que vem a ser função feminina e masculina, que englobam aspectos físicos, ocupacionais, subjetivos e comportamentais. Esses conjuntos de características se expressam também quando se trata do uso de drogas por ambos os públicos, fator que implica consequências mais agravantes para as mulheres, pois essas são ainda mais estigmatizadas por realizarem o uso de substâncias ilícitas.

2.2.3 Transversalidade de gênero nas políticas sociais

Não podemos deixar de discutir as especificidades que circulam esse tema, entre elas se encontra o da transversalização de gênero, e esta urge no sentido de incluir no âmbito das políticas públicas a demanda das mulheres. Para isso é preciso pautar soluções que compreendam que determinada problemática pode incidir de forma diferenciada entre homens e mulheres (BOLZAN, 2015).

Por esses motivos, torna-se relevante promover políticas que funcionem de modo integrado, que vislumbrem direitos e deveres, reconhecendo os sujeitos em sua totalidade. No que tange à violência e à discriminação sofrida por mulheres, Cruz (2001) atesta estar entre as mais problemáticas violações dos direitos.

Bolzan (2015) registra que as mulheres geralmente procuram os serviços de saúde em “situações socialmente aceitas”, porém, quando se trata do uso de drogas há uma retração da demanda feminina, e esse pode ser um dos motivos que representam a “masculinização do uso de drogas”, o que vai gerar um impacto no desenvolvimento das ações profissionais, nas ofertas e organização do serviço, e no direcionamento da política. Sem perceber claramente

que esse movimento de homogeneização interfere na atenção integral à saúde e reproduz processos segregadores. Portanto, chama-se nesse momento a atenção para a desconstrução de paradigmas relacionados a mulheres usuárias de drogas.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, publicada em 2004, não aborda a perspectiva de gênero em seu texto. Porém, traz um panorama nacional sobre o consumo de álcool e outras drogas, apresentando um quadro com as causas de morbidade a partir do registro hospitalar do SUS, diferenciadas por sexo, na faixa etária entre 10 a 24 anos de idade. Esses dados demonstram que “a vulnerabilidade das mulheres nesta faixa etária está na saúde sexual e reprodutiva, enquanto que os homens estão mais expostos às causas de acidentes e violência” (BRASIL, 2004, p. 16 apud BOLZAN, 2015, p. 73).

A não incorporação das desigualdades de gênero em relação ao consumo de substâncias psicoativas na política de atenção integral para usuários de álcool¹⁸ e outras drogas atrasa a pontuação desse tema no âmbito da saúde mental e demonstra uma lacuna de grave consequência para as mulheres.

Em relação ao uso de substâncias psicoativas entre a população, historicamente, problemas relativos ao consumo de álcool e outras drogas eram mais comuns entre o público masculino, entretanto, Marangoni e Oliveira (2013) assinalam que as mudanças sociais no papel da mulher têm ocasionado mudanças nesse quadro, conforme demonstra a pesquisa do II LENAD (2014), em que 52,1% dos respondentes da pesquisa eram do gênero feminino, enquanto que 47,1% eram do gênero masculino, dado que revela o aumento do consumo de drogas entre a população feminina.

O consumo de álcool é informado pelas relações de gênero, esperando-se condutas diferentes entre homens e mulheres. A esse respeito, é importante assinalar que o consumo de álcool entre mulheres vem aumentando com muita rapidez, refletindo as mudanças culturais nas relações entre os sexos no mundo (BRASIL, 2004, p. 59 apud BOLZAN, 2015, p. 73).

Marangoni e Oliveira (2013) refletem que “as mudanças no paradigma social da mulher” associadas a uma crescente disponibilidade das drogas no mercado, mesmo ilegal, acarretaram um decréscimo da razão entre os sexos, em especial entre a população mais jovem. Sendo assim, necessita de uma intervenção diferenciada tanto nas estratégias de prevenção, no diagnóstico, e no tratamento. Os autores apontam que os elementos desencadeadores do uso de drogas de abuso estão relacionados: ao gênero, à idade, à baixa

¹⁸ “Essa política apresenta um panorama de que o consumo de drogas afeta ambos os sexos e a vulnerabilidade das mulheres está vinculada à saúde sexual e reprodutiva, porém não faz menção sobre as desigualdades de gênero, assim como não aponta horizonte de intervenção para essas questões [...]” (BOLZAN, 2015, p. 73).

escolaridade, à ausência de vínculo empregatício, entre outros, como a presença da droga na comunidade de convivência, a influência de amigos, familiares e/ou companheiro, a mídia. Destaca-se também que em alguns casos, sob efeito de drogas, mulheres e homens não realizam práticas sexuais de forma segura, fator que pode ocasionar diversas doenças sexualmente transmissíveis, como o HIV/AIDS.

Assim, o fenômeno do uso/abuso de drogas entre o público feminino não está descolado desse contexto, influenciado pelas metamorfoses dos processos econômicos, sociais e culturais, com base nos argumentos dos autores supracitados.

A reconfiguração do papel da mulher colocou em debate o conflito entre esfera pública e privada, ao tempo em que passou a questionar o que era historicamente tido como feminino; com a sociabilidade vinculada ao ambiente doméstico, cabia-lhe o que era restrito ao ambiente familiar, isto é, a reprodução; e o que pertencia ao masculino, incorporava a esfera do trabalho, da política. Hirata (1989) destaca que essa divisão em algum momento chegou a ser naturalizada pela sociedade, mas que a divisão sexual do trabalho na verdade suscita uma comparação entre homem e mulher e os papéis incorporados nas relações sociais.

Para Barbosa (2013), o papel da mulher no mundo moderno, quando ligado às relações de trabalho, se deu por extrema conveniência e necessidade decorrentes do advento das Grandes Guerras Mundiais, incorporação realizada de forma desigual, e que pode ser observada atualmente no contexto global do trabalho, com o processo da reestruturação produtiva, que provoca o redirecionamento sobre o trabalho de forma incisiva com a redução dos postos de trabalho e a criação de novas modalidades empregatícias, como é o caso da terceirização.

Sem dúvida, o papel da mulher na sociedade vem se ampliando cada vez mais. Hoje ele vem assumindo grandes responsabilidades e conquistando o mercado de trabalho, além de cuidar da família. Dentre outros avanços estão a formação de carreira profissional, a garantia de leis contra violência doméstica e sexual, o direito de participar ativamente da política. Essas conquistas são frutos de muitas lutas pela garantia de seus direitos e de espaços que até então só eram permitidos aos homens, muito embora ainda existam muitos preconceitos quanto a sua autonomia (SOUSA, 2011, p. 30).

Cruz (2001) depreende que a categoria gênero contribui significativamente para a realização da análise das desigualdades que fundamentam o desenvolvimento humano, bem como os direitos humanos; possibilita investigar as distintas posições de poder ocupadas por homens e mulheres na sociedade, e que devem ser devidamente captadas para uma compreensão de suas repercussões de forma diferenciada nos aspectos da vida dos indivíduos

de acordo com o sexo. Significa dizer que as relações de gênero ocorrem entre sujeitos historicamente situados.

Scott (1989) esclarece que o uso do termo gênero serve para denominar as relações sociais entre os sexos e indicar as “construções sociais” sobre os papéis designados aos homens e às mulheres, e é uma forma de dar significado às relações de poder; pode ser articulado a outras categorias como classe social e raça/etnia, o que denuncia as desigualdades e jogo de poder existente nessa relação. Nesse processo os sujeitos sociais são construídos e geridos, não em uma lógica linear, mas em um desenvolvimento multideterminado, o que torna a gênero uma ferramenta de análise essencial para entender a complexidade das formas de interação humana.

O termo gênero é usado para caracterizar as diferenças socialmente construídas entre os sexos, e, assim, as relações sociais entre eles. A utilização dessa categoria implica a negação de justificativas biológicas para definir os papéis atribuídos ao feminino e ao masculino, às relações de poder e à subordinação.

Segundo Cruz (2005), a família é então o ambiente singular para a reprodução, tanto no sentido biológico quanto no sentido da reprodução da dominação patriarcal e consequentemente dominação capitalista, expressa no espaço familiar. “[...] Em síntese, o patriarcado é identificado como sistema sexual de poder, como a organização hierárquica masculina da sociedade, que se perpetua através do matrimônio, da família e da divisão sexual do trabalho” (CRUZ, 2005, p. 40).

Roy (1999) se refere à divisão sexual do trabalho, enquanto a divisão das funções organizadas entorno do feminino e do masculino ultrapassam o ambiente doméstico e ampliam-se para as relações de trabalho. Deste modo, entende-se que “[...] essas relações não implicam apenas diferenças, mas assimetrias, hierarquias que expressam relações de poder dispersas e se constituindo em redes nas diferentes esferas da sociedade [...]” (NEVES, 2000, p.174).

Diante do exposto, entende-se a relevância da transversalidade de gênero¹⁹ nas políticas públicas, com o objetivo de garantir a igualdade de gênero, no sentido de viabilizar a redução da pobreza; é o que busca a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) por meio da Política da Promoção da Igualdade de Gênero. Com base no referido documento:

¹⁹ A questão de gênero passa a ser incorporada às políticas públicas a partir de demandas de movimentos feministas e de organismos internacionais, com destaque para as Conferências Mundiais das Mulheres, em 1975, no México; em 1985, em Nairóbi; e em 1995, em Pequim, fator que deu visibilidade também para as questões relacionadas à violência de gênero. No caso brasileiro, houve avanços no que tange à legislação específica, a criação de equipamentos sociais, como delegacias especializadas e serviços de atendimento a vítimas, estudos e criação de políticas públicas.

Por transversalidade de gênero nas políticas públicas entende-se a ideia de elaborar uma matriz que permita orientar uma nova visão de competências (políticas, institucionais e administrativas) e uma responsabilização dos agentes públicos em relação à superação das assimetrias de gênero, nas e entre as distintas esferas do governo. Esta transversalidade garantiria uma ação integrada e sustentável entre as diversas instâncias governamentais e, conseqüentemente, o aumento da eficácia das políticas públicas, assegurando uma governabilidade mais democrática e inclusiva em relação às mulheres (BRASIL, 2005b, p.5).

A presente política visa romper com as perspectivas tradicionais impostas ao feminino, salienta que as desigualdades contínuas colocam a mulher em um lugar de maior vulnerabilidade, com índices crescentes nos indicadores de pobreza, violência doméstica, contaminação do vírus do HIV, entre outros, e como consequência implica o não acesso aos cuidados básicos para a saúde e tratamentos necessários.

Moraes, Castro e Petuco (2011) explicam em seus pressupostos que as questões de gênero também são estruturantes das relações de poder, ou seja, nas relações baseadas nas diferenciações por sexo, idade, etnia, classe social, e que vão incorporando classificações que geram assimetrias sociais e que limitam a participação dos indivíduos na sociedade. Como colocado por Sousa (2011), a emancipação da mulher, com a conquista de direitos e a ocupação de novos espaços sociais, por um lado favoreceu o aumento do índice de consumo de álcool.

Nessa linha de argumentação, Oliveira, Nascimento e Paiva (2007) debatem a questão da incorporação da categoria gênero nas pesquisas sobre drogas, ao reconhecer a importância relacional do tema sob o ponto de vista de que as análises precisam pautar as repercussões socioculturais que impactam direta e indiretamente o cotidiano dessas mulheres. E desse modo pressionar a incorporação dessa demanda nas agendas públicas, traduzidas em políticas públicas.

Estudos epidemiológicos com populações específicas ou com a população em geral em diferentes países têm mostrado que a taxa de consumo de drogas é mais elevada entre os homens. Entretanto, vem sendo registrada a diminuição da proporção entre homens e mulheres para as drogas de um modo geral e a predominância do uso de medicamentos, mais especificamente benzodiazepínicos, estimulantes e orexígenos, pela população feminina. Não obstante, o uso dessas substâncias entre adolescentes do sexo feminino, em todo mundo, está aumentando [...] (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007, p. 695-696).

Em contrapartida, essa não é uma relação fácil de operacionalizar, embora perceptível o aumento do uso de drogas ilícitas na contemporaneidade, é preciso estar atento às implicações e conjecturas que envolvem as relações de gênero e a utilização de substâncias

psicoativas, sejam elas lícitas, socialmente aceitas, ou ilícitas, que sofrem determinado tipo de repressão social e governamental. Além dos fatores subjetivos que estão imersos e muitas vezes escamoteados.

Acrescenta-se a iniciativa da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2014, que considera como determinantes de saúde as demandas de gênero; enfatiza a identificação e consideração a respeito das desigualdades que perpassam as mulheres e que influenciam e interferem na sua condição de saúde e implicam anão execução de ações integrais; além de incorporar como questão importante a formação e as ações dos trabalhadores.

Até aqui pudemos analisar a contextualização do uso de drogas no decorrer do desenvolvimento da sociedade, a criação da política social específica no campo da saúde mental para casos graves que envolvem o uso de drogas, sua evolução, seus limites em diferentes contextos, além da importância da operacionalização de um trabalho intersetorial, que faça a rede de assistência funcionar de forma articulada. Baseado nisso, pudemos analisar como as expressões da questão social se configuram na contemporaneidade, em um contexto que consequentemente gera a discriminação, a criação de estereótipos, e a criminalização de indivíduos classificados (as) como usuários (as) de drogas, ao observar que a sua condição de dependente lhe retira a oportunidade, direitos e perspectivas sobre as outras áreas de sua vida. Ao finalizar este capítulo buscamos introduzir o debate acerca da transversalização de gênero nas políticas sociais, relacionando o tema à questão das drogas. A partir de agora discorreremos a respeito do uso de droga especificamente por mulheres.

CAPÍTULO 3

DIFERENCIAIS NO USO DE DROGAS PELA POPULAÇÃO FEMININA

Este capítulo pretende situar o debate acerca do local que a mulher vem ocupando nas pesquisas referentes ao uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas, com o objetivo de discutir as formas de abordagem sobre o tema e como a literatura tem trazido essa questão nas produções científicas.

Pode-se observar que a sociedade trata de forma preconceituosa a questão do uso de drogas em geral, porém, Sousa (2011) vai chamar a atenção para o fato de que essa situação se agrava quando se trata da dependência química feminina, o que torna a discriminação e o estigma ainda maiores, principalmente pelo papel social atribuído a mulher na sociedade.

Por meio de uma pesquisa na literatura referente a esse conteúdo ficou claro que essa temática não vem sendo abordada com frequência, ou seja, percebeu-se uma escassez de estudos que possam contribuir para esclarecer o fenômeno do aumento do uso de drogas entre os sexos, suas particularidades e especificidades, pois além de ser um tema polêmico, envolve uma série de paradigmas ainda não superados.

Rasch e Andrade (2012) sinalizam que o consumo de drogas tem aumentado substancialmente entre as mulheres, e este dado pode estar correlacionado com as funções sociais que vêm sendo desempenhadas por elas na contemporaneidade.

Os estudos realizados sobre o uso e abuso de substâncias psicoativas por mulheres ainda são poucos, isso se dá porque até algumas décadas atrás essa questão não era muito discutida devido o baixo índice de prevalência de uso de drogas por esse segmento. Conforme Hochgraf (1995), os estudos concernentes à dependência química feminina só iniciaram há cerca de 50 anos, com a finalidade de analisar os fatores e os reais motivos que favorecem o uso de drogas entre esses sujeitos sociais. Porém há apenas 20 anos é que se buscam modelos de tratamento e de abordagens que atendam as suas necessidades, tendo em vista que as intervenções prevaletentes até então se destinavam exclusivamente aos homens. O preconceito e o estigma social contra a mulher com dependência química foram alguns dos agravantes que contribuíram para o retardamento da emergência desses estudos e essas intervenções (SOUSA, 2011, p. 33).

Esse é um dos fatores que retardaram uma análise mais aprofundada e direcionada ao tratamento, prevenção e promoção de saúde no tocante às drogas e, por conseguinte, o reflexo nas pesquisas.

Na sociedade contemporânea, o consumo de substâncias psicoativas torna-se um elemento complexo, que envolve tanto questões clínicas, sociais e subjetivas. Sousa (2011) descreve que inúmeros fatores estão correlacionados, como, por exemplo, a inserção em grupos sociais.

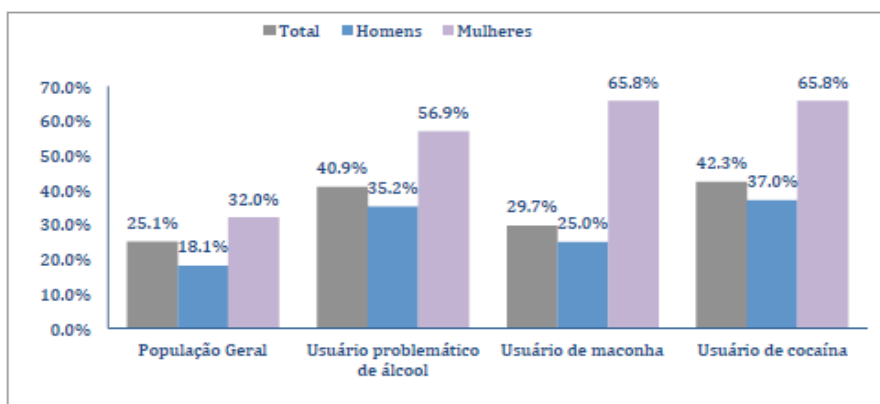
Foram muitas as conquistas das mulheres no mundo do trabalho, na política, porém, não foram cessadas as discriminações e preconceitos, pelos quais a sociedade insiste em continuar com essas atitudes, tais preconceitos se tornam mais intensos quando se trata da mulher usuária de drogas, pois são vistas como pessoas “anormais”, que “levam uma vida promiscua” e sendo acusadas pela “desestrutura” da família. A sociedade ainda não reconhece a dependência química como um problema de natureza biológica, psíquica e social, mas como falta de caráter ou uma questão moral (SOUSA, 2011, p. 14-15).

Por não reconhecer o uso de drogas como uma questão de saúde pública, mas como um quesito para discriminação, deixa-se de reconhecer a pessoa em sua integralidade, cria-se rótulos, aumentando a vulnerabilidade desses grupos sociais, e na questão da mulher esse se agrava.

Por décadas o cuidado com a saúde da mulher esteve ligado à maternidade, ao período gravídico-puerperal, como bem demonstra Sousa (2011), que somente após diversos questionamentos e lutas dos movimentos sociais, entre eles o feminista, é que se pôde verificar alguns avanços relacionados à prevenção, por meio de práticas educativas, tratamentos que envolvem a promoção da saúde da mulher nas áreas ginecológicas, planejamento familiar, DSTs, câncer, violência no ambiente familiar e violência sexual, porém, ainda carece quando se trata de dependência química.

Merece destaque os avanços das indústrias farmacêuticas e da Medicina, por meio dos quais o uso de psicotrópicos de todos os tipos é disseminado, incorporando-se uma lógica medicamentosa da vida social como um todo – são tranquilizantes, antidepressivos, anestésicos–, nesse contexto amplia-se da mesma forma “[...] a utilização de substâncias psicoativas para fins não terapêuticos” (SOUSA, 2011, p. 17).

Gráfico 1 - Prevalência de indivíduos com indicadores de depressão consumidores de maconha e cocaína por gênero



Fonte: II LENAD, 2014.

A amostra sobre a prevalência de indivíduos com indicadores de depressão entre a população geral revela que 65,8 % das mulheres entre as consumidoras de maconha e cocaína são as mais atingidas, no índice sobre álcool a mulher também lidera nas proporções que indicam essa doença, o que significa que os riscos são bem diferentes se comparados ao público masculino, que tem índices inferiores.

[...] A representação de que o consumo de drogas é um comportamento desviante e de que a mulher que adota tal conduta está duplamente contrariando as normas sociais, diante da possibilidade de não cumprir os papéis sociais e culturais a elas destinados, quais sejam: mãe, esposa e cuidadora da família, contribui para que as mulheres façam um consumo às escondidas, sendo consideradas como uma “fração oculta da sociedade” (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007, p. 696).

Oliveira e Paiva (2007) reforçam o argumento apresentado nesse estudo ao confirmar que homens e mulheres não constituem grupos homogêneos, tornando-se, assim, relevantes estudos que investiguem as especificidades individuais e coletivas com o objetivo de atender às demandas relacionadas ao consumo de drogas, propiciando uma assistência igualitária.

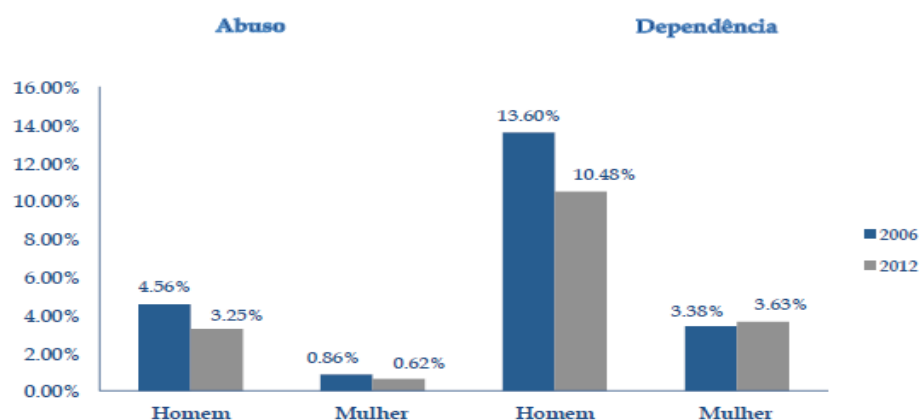
Por outro lado, a drogadição feminina esbarra não apenas no preconceito da sociedade, mas também no da família.

Neste contexto, a família pode ser um fator de risco ou de proteção para o uso de substâncias psicoativas. O conflito entre os pais é um dos fatores de risco mais relevantes, pois expõe as crianças e os adolescentes à hostilidade, à crítica destrutiva e à raiva. A configuração de um ambiente favorável à adoção de comportamentos, como o consumo de drogas, é influenciada por uma série de fatores, sendo a família um dos mais importantes (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013, p. 668).

Estudos demonstram que, em sua maioria, as mulheres dependentes químicas não buscam tratamento, justamente por medo do preconceito que possa sofrer por parte da sociedade e da família. “[...] Na verdade, no tocante à dependência de droga, há todo um estereótipo que denigre a imagem feminina, relacionando o comportamento da mulher à promiscuidade sexual, falhas no cumprimento do papel familiar” (SOUSA, 2011, p. 33).

Os critérios para a formação do diagnóstico de abuso/dependência, são caracterizados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM), por meio do qual é possível listar diferentes categorias e critérios para diagnosticar o abuso/dependência. Apesar do grau de dependência ter sido reduzido entre o público masculino, ainda é um critério relevante, pois a dependência acarreta fatores negativos tanto para a saúde como para outros aspectos da vida social. Já o público feminino apresenta-se com menos de 4% em relação à dependência do álcool, com uma pequena taxa de elevação no ano de 2012.

Gráfico 2 – Prevalência de abuso e dependência de álcool por gênero



Fonte: II LENAD, 2014.

Na visão de Oliveira e Paiva (2007), o consumo de drogas ilícitas entre as mulheres é sobrecarregado também por um fator emocional, isso porque o seu comportamento passa a ser considerado como desviante. E esses pré-julgamentos vão contribuir significativamente para ocultar o consumo, e, conseqüentemente, agravar a situação de vulnerabilidade dessas mulheres, expondo-as a riscos na questão de saúde e outros agravantes, inclusive DSTs e HIV.

Considerando que o fenômeno das drogas de abuso em mulheres tem sido influenciado pelos processos econômico, social e cultural de diferentes sociedades,

conhecerem os fatores desencadeantes do uso abusivo de drogas por essas usuárias “escondidas” da sociedade contribui para direcionar ações de saúde para o binômio mãe/filho, principalmente sob a ótica das políticas públicas que acolham e vinculem este subgrupo populacional (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013, p. 663).

Nesse sentido, Moraes (2011) traz um dado interessante quando se trata de saúde, chama a atenção de que em serviços de saúde a presença feminina é maciça, enquanto que em serviços como os CAPS AD a presença do público o masculino é predominante.

Deste modo, torna-se imprescindível reconhecer que demandas específicas circulam nesses espaços de tratamento, como apontam Oliveira, Nascimento e Paiva (2007), ao enfatizar a implantação e implementação de uma assistência equânime que precisa estar embasada no reconhecimento das diferenças que permeiam as especificidades entre o público feminino e masculino, seja na forma de acesso como no consumo, “[...], pois existem evidências de que a questão do consumo de drogas é permeada por relações de poder [...]” (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007, p. 695).

De acordo com o levantamento realizado sobre o tema, os estudos analisados têm demonstrado a necessidade de tratamentos que ofereçam ações que correspondam às peculiaridades de cada sujeito, de acordo com gênero, faixa etária, entre outras especificidades de cada público; isso não significa dizer que é necessário fragmentar a política para que cada segmento seja atendido, mas, sim, evidenciar que algumas características precisam ser observadas e trabalhadas nas instituições que oferecem o atendimento especializado.

Na questão de gênero é visível a necessidade de atendimento diferenciado entre homens e mulheres, pois elas têm sentimentos, emoções, comportamentos, sensibilidade, responsabilidade e atitudes diante da vida diversa do homem. Vale ressaltar que o consumo, também, é diferenciado, pois as mulheres estão mais propensas a usarem drogas lícitas, principalmente ansiolíticos e inibidores do apetite, enquanto que os homens normalmente consomem drogas ilícitas (cocaína, crack, entre outras). (SOUSA, 2011, p. 84).

Não há um motivo único para que o uso abusivo de drogas ocorra, sendo assim, podemos afirmar que a sua decorrência é multifatorial, ou seja, engloba contextos familiares, sociais, econômicos, culturais e individuais. Marangoni e Oliveira (2013) chamam a atenção de que por vezes o indivíduo busca no uso de substâncias psicoativas uma fuga dos problemas e de situações adversas de sofrimento físico emocional e mental, tornando-as instrumentos capazes de tirá-lo da realidade concreta, pois determinadas substâncias possibilitam a alteração no estado da consciência, por isso é necessário entender a importância de como

esses sujeitos se relaciona com a droga e qual o contexto em que estão inseridos e que podem provocar o uso mais constante de alguma SPA.

Outros fatores que podem influenciar no uso abusivo de drogas, são os diversos tipos de violência doméstica, seja verbal, física, sexual. O contexto familiar, permeado de conflitos, em alguns casos torna-se um elemento que contribui de forma potencial para a decorrência de problemas com o uso problemático de drogas.

Além da falta de investimento público em políticas públicas, é o que relatam entrevistados pela UNIFESP (2014), referente ao II LENAD; segundos eles, as políticas deveriam ser mais consistentes, a exemplo de quem vende bebidas alcoólicas para menores de idade, que apesar de proibido por lei é recorrente e muito frequente, pois não há fiscalização.

Neste sentido, Maragoni e Oliveira (2013) também reconhecem que a iniciação ou mesmo a manutenção do uso pode decorrer de políticas sociais débeis, da precariedade das estruturas das instituições que deveriam ser encarregadas de gerar a inclusão social. Nessa lógica, “[...] A droga apenas colabora ou facilita a dependência. É necessário analisar quais as condições que favorecem o uso, quais as necessidades supridas pelo consumo e quais os fatores que motivam o uso[...]” (MARAGONI; OLIVEIRA, 2013, p. 668).

No que se refere ao perfil do público feminino, embora a prevalência do uso de drogas seja menor, vem correndo uma inversão, ou seja, esse tem se transformado em um dos grandes desafios da contemporaneidade. Vargas e Dytz (2010) apontam que o alcoolismo é um dos fatores que tem chamado a atenção entre mulheres de 35 a 64 anos. Com relação ao primeiro contato com a bebida alcoólica, as pesquisadas informam que o uso começou ainda na adolescência, e até mesmo no ambiente familiar.

Com relação ao uso abusivo do álcool por mulheres, há evidência de que a família procura esconder e negar o fato, encontrando meios para que o problema não saia do âmbito familiar com receios de estigmas e preconceitos sociais. Esta situação retarda a busca de tratamento para agravos decorrentes do consumo da substância ao tempo que predispõe a usuária a situações de violências de ordem familiar. Portanto, constitui uma situação de vulnerabilidade para mulher [...] (OLIVEIRA; PAIVA, 2007, p. 628).

A literatura demonstra que entre os obstáculos para que as mulheres recorram a serviços especializados estão a falta de recursos financeiros, de auxílios para cuidar dos filhos, inexistência de apoio familiar, somando-se a isso o preconceito e estigma social, muito forte se comparado ao que sofre o homem. Por sua vez, Vargas e Dytz (2010) sinalizam a necessidade de intervenções que não foquem em modelos únicos de tratamento e que levem em consideração essas particularidades.

Oliveira e Paiva (2007) reafirmam que homens e mulheres não compõem grupos populacionais uniformes, portanto, é fundamental verificar as peculiaridades que circundam o cotidiano, as atribuições, os papéis desses grupos populacionais, com o intuito não de promover uma fragmentação dos serviços, mas de fornecer uma assistência compatível e igualitária. Se analisarmos em percentuais o comparativo do uso de substância psicoativa, desde lícitas a ilícitas, veremos que apesar da frequência masculina, essa diferença vem apresentando mudanças consideráveis.

Pechansky et al. (2014) comprovam que a dependência de álcool pela população brasileira é de 19,5% entre os homens e 6,9% entre mulheres, caminhando para 7,3% e 6,0%, ainda na menor idade, entre 12 e 17 anos. Segundo os autores, no início do uso por mulheres, quando os primeiros sintomas de dependência começam a aparecer, a busca por tratamento é mais rápida. Estudos apontam que no caso do alcoolismo, o organismo feminino é menos tolerante ao álcool; isto significa que mesmo em menores quantidades de consumo a embriaguez se dá de forma mais acelerada, ou seja, um conjunto de razões biopsicossociais estão relacionados à dependência.

[...] A mulher alcoolista associa o uso da substância ao alívio da ansiedade, do estresse, problemas pessoais e eventos traumáticos. Sofre mais com o preconceito por ser vista como imprópria, como descumpridora do seu papel na sociedade, por isso a tendência é um alcoolismo solitário. Diante disso, conclui-se que a mulher dependente de álcool necessita de um olhar diferenciado, levando em conta a alta complexidade que a dependência provoca no mundo feminino. O tratamento precisa proporcionar um auxílio particular, que vise às singularidades, como resolução de problemas, cuidados internos e questões familiares[...] (PEREIRA; MARUYAMA, s/a, p. 1).

Na análise de Pereira e Maruyama (s/a) só a partir do século XX que as mulheres começam a buscar tratamento especializado, porém, suas demandas não eram visualizadas, e conseqüentemente não eram contempladas nos estudos da temática. Isso se dá devido a alguns motivos, entre eles: a mulher é subdiagnosticada, pois não procuram os serviços assistenciais, procurando apenas os serviços de saúde para tratar de seu estado físico. “Em decorrência disso os programas de tratamento foram desenhados para atender as demandas masculinas e aplicados ao atendimento às mulheres, sem nenhuma sensibilização às particularidades femininas” (BORDIN, FIGLIE, LARANJEIRA, 2004 apud PEREIRA; MARUYAMA, s/a, p. 3).

Por esse ângulo, homens e mulheres dependentes manifestam uma complexidade de diferenças sociais, genéticas, ambientais. “O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu uso permitido e até estimulado pela sociedade, e é, sem dúvida, uma droga que

causa muitos danos e custos à sociedade [...]”. (PEREIRA; MARUYAMA, s/a, p. 4). Observa-se o grau de morbidade e mortalidade, internações, acidentes, violência, associados ao uso prejudicial dessa substância.

A forma de consumo também se modificou, de acordo com o II LENAD, a proporção de bebedores frequentes (bebem uma vez por semana ou mais) aumentou entre as mulheres, de 29% em 2006 para 39% em 2012. Como também aparecem com 36% em 2006 para 49% em 2012, no uso considerado nocivo.

Os dados a respeito do uso do álcool na família de origem das mulheres que usam álcool de forma problemática coincidem com o que se pode encontrar descrito na literatura especializada. São famílias em que avós, pais, mães e tios apresentam histórias de abuso e dependência do álcool, perfeitamente presentes nas memórias destas mulheres. Em relação à família de eleição, observa-se ainda, que muitas delas escolheram viver com companheiros que também abusam ou são dependentes destas substâncias. Estes achados reforçam a concepção de transmissão geracional dos padrões de funcionamento das famílias e dos casais em relação ao uso do álcool (VARGAS; DYTZ, 2010, p. 63).

Em relação ao que influencia o início do uso existem eventos relacionados à vida doméstica, íntima, conflitos, eventos traumáticos, separação, menopausa, desemprego, entre outros, que podem contribuir para gerar um uso problemático.

A pesquisa de Silva (2013) realizada no CAPS AD Primavera aponta como fatores relacionados ao início do uso de drogas por mulheres, ainda na adolescência, eventos traumáticos, sendo que esse uso se deu na maioria dos casos sob a influência de uma figura masculina. Constataram-se casos de abusos sexuais, violência doméstica no ambiente familiar, além de perdas ou separação da genitora ou mesmo filhos, e em alguns casos a experiência de terem pais ou companheiros usuários de drogas, mais especificamente alcoolistas.

Cabe ressaltar que o uso de drogas por mulheres, de acordo com alguns estudos, pode ser ocasionado por fatores relativos à violência física e sexual durante a infância (ROBERTS, 1999). Não podemos deixar de destacar que esse uso também pode ser um uso produzido, pois muitas vezes existem facilidades de consumo de medicamentos com uso prolongado, como demonstra o estudo sobre o consumo de Diazepam por mulheres, uma vez que a mulher pode ser um alvo fácil das táticas da indústria farmacêutica; pelo tipo de assistência a que tem acesso; e pela sua condição de vida (OLIVEIRA, 2000). Ampliando o conceito de uso da droga, podemos sinalizar outra forma de uso por mulheres, quando nos damos conta de que mulheres (mães, esposas, filhas, irmãs, trabalhadoras) tornam-se também traficantes de drogas por diferentes motivos para o envolvimento com drogas (PIMENTEL, 2008 apud RASCH; ANDRADE, 2012, p. 4).

O estudo citado anteriormente identificou que as mulheres que acessavam o serviço eram prioritariamente usuárias de drogas ilícitas, o que pode indicar que mulheres com uso problemático de substâncias psicoativas lícitas podem não estar buscando o tratamento nesse espaço. Outro reflexo dessa falta de adesão ao CAPS pode estar relacionado a barreiras socioeconômicas, que podem repercutir de forma negativa na acessibilidade ao serviço de saúde.

O II LENAD aponta, em relação ao estado civil dos participantes da pesquisa realizada em nível nacional, que mais de 50% é casado (a) ou mora junto (a).

Tabela 1 – Estado civil dos participantes

Estado Civil	Ano do Estudo	
	2006	2012
Solteiro(a)	33,5%	31,7%
Casado(a) ou morando junto(a)	55,4%	57,2%
Viúvo(a)	5,4%	5,6%
Desquitado(a) ou Divorciado(a)	2,2%	2,3%
Separado(a)	3,5%	3,2%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: II LENAD, 2014.

Esse dado aparece em estudos nacionais e internacionais, como citados por Oliveira e Paiva (2007, p. 627), que versam sobre o consumo de drogas pelo público feminino, que revelam a tendência “entre as usuárias de drogas, de manter relacionamentos afetivos e sexuais com homens, também, usuários de drogas”.

É possível verificar ainda que no momento de compor a sua própria família, a princípio, mulheres dependentes têm mais parceiros que também são dependentes que o inverso. Em muitos casos o parceiro não só influencia no uso da droga como também age como mantenedor do vício [...] (PEREIRA; MARUYAMA, s/a, p.9).

Outra questão que emerge ao estudar essa temática está relacionada com o papel que tradicionalmente é atribuído a mulher em relação aos cuidados familiares, e principalmente em relação aos filhos. “[...] Quando a mulher é uma usuária de drogas e negligência este comportamento, ela passa a ser taxada, pela sociedade, como egoísta e irresponsável para com os filhos, se constituindo numa preocupação social” (OLIVEIRA; PAIVA, 2007, p. 230).

Chama-se a atenção que o envolvimento precoce com as drogas ilícitas, pode propiciar o compartilhamento indevido do uso de diversas substâncias psicoativas, e esse uso pode ocorrer com um grupo ou um companheiro, e, ainda entre aquela população que se

encontra em situação de rua. Com relação ao tráfico, em alguns casos observa-se a utilização da figura feminina ou de crianças para o transporte de substâncias (as chamadas mulas), com o estímulo da troca de sexo por droga, ou a vinculação da prostituição para manutenção do vício, em alguns casos incentivado pelo companheiro (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

Adverte-se para uma questão que precisa ser refletida: mulheres gestantes usuárias de drogas, pois, nesse caso, o uso abusivo de determinadas substâncias não implica em consequências apenas para os seus corpos, mas também sobre o feto. Como Oliveira, Nascimento e Paiva (2007, p. 696) alertam:

[...] Alterações no ciclo menstrual, na fertilidade, na gestação, no parto, no risco de contrair e de desenvolver doenças sexualmente transmissíveis são frequentemente registradas entre mulheres usuárias. A comorbidade relativa aos transtornos depressivos e à ansiedade apresenta-se mais frequentemente entre mulheres, enquanto os homens tendem a desenvolver comorbidades relacionadas aos transtornos de personalidade.

Por esses motivos, torna-se importante pensar estratégias de cuidado, que reflitam sobre o contexto da demanda e as bases que orientarão as repostas profissionais e as ofertas institucionais. De modo que a relação oferta versus serviços atenda à completude das questões que envolvem tanto o uso masculino como o feminino. “[...] A mulher dependente ao procurar um centro de tratamento levará consigo muito além de uma compulsão pelo álcool. O planejamento de um tratamento para mulheres alcoolistas é um assunto complexo que requer um estudo amplo em várias áreas [...]” (PEREIRA; MARUYAMA, s/a, p. 10).

Outro aspecto de extrema importância a ser trabalhado nos serviços se refere ao contexto da mulher, conforme é destacado por Pereira e Mauryama (s/a): são as relações de violência enfrentadas ao longo da vida, seja na fase infantojuvenil como também na fase adulta, e que em um grande grupo, por exemplo, essas mulheres não se sentiriam à vontade em relatar e expor esse tipo de situação.

O II LENAD (2014) caracteriza que cerca de 37% da população feminina e 55% da população masculina usuária de cocaína, e 29,0% correspondente ao público feminino e 50% do público masculino usuário de maconha relatam ter sofrido pelo menos um ato violento durante a infância. Além de empecilhos que podem ser tornar entraves para o tratamento, como “não ter com quem deixar os filhos, ou seja, falta de creches para essas mães, falta de apoio psicológico e até de apoio legal, falta de emprego e de independência financeira, não receptividade por parte dos profissionais de saúde, estigma social, entre outros” (PEREIRA; MARUYAMA, s/a, p. 12).

Em síntese, Oliveira, Nascimento e Paiva (2007) ratificam que por ser um tema sub-representado dificilmente observavam-se as diversidades que permeiam a questão do uso de drogas por mulheres, tornam homogêneos os modelos de tratamento, planejamento, as intervenções. Pois, até pouco tempo, o uso de drogas era considerado algo pertencente ao universo masculino, sem investigar as características e necessidades de cada público. Por conseguinte, a implementação das ações acabaram focalizando nas necessidades masculinas, considerando sutilmente as diferenças fisiológicas, psicológicas e sociais entre os sexos. E as pesquisas em grande parte centram suas interpretações sob a perspectiva farmacológica, enfatizando a questão reprodutiva.

Vale pontuar que a dependência química é uma doença que tem atingindo especialmente as mulheres, segundo pesquisa da Unifesp.

Entretanto, [...] esta evolução também está relacionada ao alto índice de mulheres que consomem substâncias psicoativas, sobretudo as lícitas tais como: tabacos, bebidas alcoólicas, calmantes e anfetaminas. [...] Contudo o que está ocorrendo são os agravos desse uso e a falta de preocupação com a mulher usuária de droga. Pois os programas desenvolvidos são voltados para o homem e quando é necessário tentam adaptá-lo para a mulher (MELO; SOUZA, 2015, p. 6).

No tocante ao uso do crack, o índice do vício também se revela superior, se comparado, correspondendo a 74%.

Atualmente, a cada cinco usuários de crack, uma é mulher. Neste âmbito, a disparidade de gênero é mais evidenciada, pois as mulheres se tornam mais frágeis e vulneráveis. [...] quando falamos de mulheres usuárias de drogas a desigualdade se acentua, aumentando assim sua discriminação. Tal fato inicia-se em casa, no âmbito familiar. Essas mulheres não são aceitas e não recebem o mesmo apoio oferecido aos homens (MELO; SOUZA, 2015, p. 8).

Podemos observar na Tabela 2, a seguir, que há uma regularidade do consumo de álcool pela população adulta; observa-se que pelo menos uma vez por semana mais da metade dos participantes assume ter consumido bebidas alcoólicas. Há também um aumento no número de mulheres entre os anos pesquisados que consomem esse tipo de substância, por meio do consumo considerado “beber socialmente”. A vulnerabilidade das mulheres estrutura-se como um determinado agravo de saúde e envolve, principalmente, aspectos comportamentais, e também cognitivos.

Tabela 2 - Regularidade de consumo de álcool, população adulta não abstêmia, por gênero

Ano do Estudo		Regularidade de consumo de bebidas alcoólicas		Total
		Pelo menos 1 vez por semana	Menos de 1 vez por semana	
2006	Homens	54%	46%	100%
	Mulheres	27%	73%	100%
	Total	42%	58%	100%
2012	Homens	63%	37%	100%
	Mulheres	38%	62%	100%
	Total	53%	47%	100%

Fonte: II LENAD, 2014.

De acordo com Oliveira, Nascimento e Paiva (2007, p. 696), com relação ao tipo de droga consumida entre os homens estão as substâncias ilícitas, porém, “[...] o consumo de crack por mulheres, especialmente aquelas que se dedicam ao trabalho com o sexo, vem se expandindo, superando as taxas apresentadas pelos homens [...]”, é um agravante, pois o crack é uma droga de fácil acesso devido ao seu baixo custo; ocorre também o sexo como uma moeda de troca para obter a substância.

Os mesmos autores apontam ainda que os estudos têm retratado uma certa frequência entre idade e os tipos de drogas que vêm sendo utilizadas. Mulheres mais jovens tendem a consumir o álcool conjugado a outras drogas como a maconha, o crack e a cocaína. Enquanto que adultas e jovens têm consumido de forma mais frequente inibidores de apetite, associados à questão da beleza. Logo, mulheres na fase adulta e idosas aderem ao tabaco, álcool e tranquilizantes, entre outras drogas medicamentosas.

De fato, observou-se que a taxa de consumo de drogas é mais elevada entre os homens, embora venha diminuindo a proporção entre os sexos; há registros de predominância do uso de medicamentos, mais especificamente benzodiazepínicos, estimulantes e orexígenos, pela população feminina, embora, em algumas comunidades com características próprias, [...] Em relação à idade das (os) consumidoras (es), observa-se elevação do uso dessas substâncias entre adolescentes do sexo feminino, chegando a superar a taxa de uso masculino em certos países (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007, p. 697).

Esses dados nos levam a refletir sobre a imprescindibilidade de atendimento dessas demandas, como são incorporadas nas políticas e instituições, por meio dos serviços básicos e especializados, nas ações e intervenções profissionais, de forma a contemplar os sujeitos em seus distintos contextos e suas heterogeneidades.

Embora ainda não existam mais pesquisas que confirmem de forma mais consistente algumas variações do efeito das drogas no organismo feminino e masculino, Melo e Souza (2015, p. 7) se reportam à pesquisa de Wolle e Zilberman (2011, p.376) na qual exemplificam que foi observado que:

[...] mulheres têm uma resposta subjetiva à cocaína inalada mais duradoura, enquanto os homens, uma resposta mais intensa e mais rápida[...].
 [...] Em relação à maconha e opiáceos, especula-se acerca de uma potencial influência dos hormônios sexuais [...].
 [...] Quanto ao tabaco, as mulheres também apresentam níveis plasmáticos menores de nicotina, mas tendem a tragar com mais frequência e mais intensidade para obterem o mesmo [...].

Outro agravante do uso abusivo de drogas, neste caso lícita, é o incentivo da mídia no processo de disseminação de medicamentos; isso é constatado por meio de uma pesquisa que analisa as propagandas ao se reportarem à medicalização associada ao lazer, ao descanso, conforme destaca Souza, Oliveira e Nascimento (2014).

A prescrição médica garante a aquisição de substâncias químicas lícitas, o que alimenta uma tendência social de aceitar naturalmente o uso de remédios, por não considerá-los como drogas. Para além do uso de medicamentos prescritos por profissional autorizado, considera-se o fenômeno cultural de supervalorização do consumo destas drogas estimulado pela visão reducionista do processo saúde/doença. Os medicamentos adquiriram o papel central de solucionadores imediatos dos problemas de saúde, motivando também a percepção de que toda doença exige um tratamento farmacológico. As substâncias medicamentosas passaram, então, a ser compreendidas como instrumentos centrais das práticas de saúde, o que influencia no exercício da automedicação (SOUZA; OLIVEIRA, NASCIMENTO, 2014, p. 95).

Dentre as morbimortalidades mais recorrentes relacionadas estão níveis elevados de cirrose hepática em proporção aos homens, hipertensão arterial, anemia, desnutrição, úlceras gastrintestinais, cardiopatias e transtornos psiquiátricos; conforme frisam Marangoni e Oliveira (2013), essas têm sido as doenças que têm avanços mais rápidos entre as mulheres. “[...] Há hipóteses que drogas como a cocaína, a maconha, os tranquilizantes e estimulantes tenham efeitos mais prejudiciais em mulheres. No entanto, a maioria das pesquisas realizadas para estabelecer evidências clínicas se concentra no grupo de homens” (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013, p. 663).

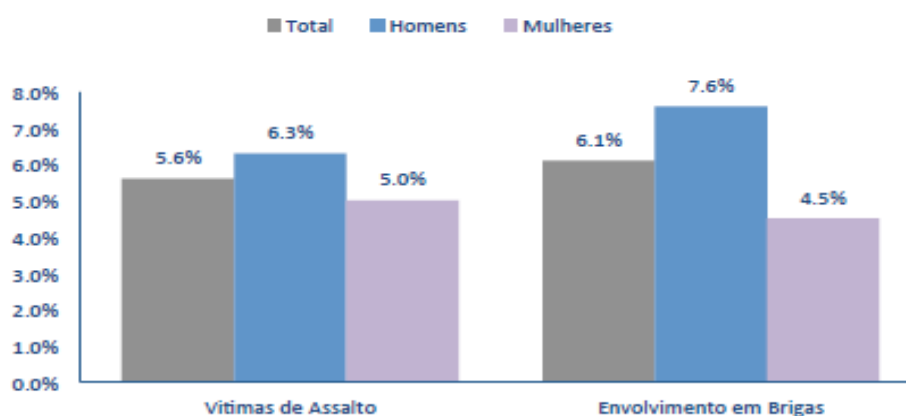
Em consonância com os dados levantados, Souza, Oliveira e Nascimento (2014) perceberam, que entre doenças ocasionadas pelo consumo de drogas lícitas apareceram o

alcoolismo e a anorexia ²⁰alcoólica ou drunkorexia ²¹(transtorno alimentar) – em que o consumo é realizado como forma de suspender o apetite e gerar perda de peso.

Portanto, há investigações que objetivam compreender as diferenças que permeiam os padrões de consumo entre os sexos, desde a motivação do uso aos efeitos metabólicos, as comorbidades físicas e psiquiátricas conjugados aos fatores socioculturais. Acrescenta-se a isso a vitimização dessas mulheres, que acabam sofrendo violência física no âmbito do seu convívio diário, seja por amigos ou companheiros também usuários, inclusive sendo o uso um dos motivadores da violência cometida.

Sobre a questão da violência sofrida ou praticada, a pesquisa o II LENAD, destaca os seguintes dados:

Gráfico 3 – Prevalência de vítimas de assaltos e de envolvimento em brigas com agressão física por gênero



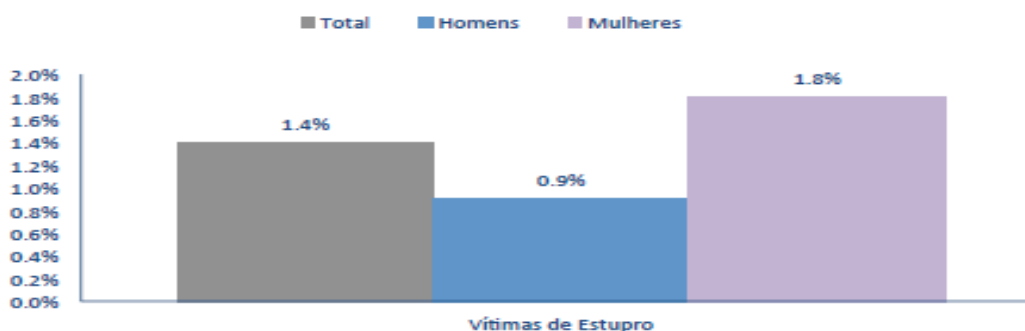
Fonte: II LENAD, 2014.

Isso revela que ainda há uma prevalência maior de homens envolvidos em conflitos do que mulheres. Apesar de não apresentar grandes índices, o número de homens envolvidos em brigas chega a 7,6% enquanto que as mulheres tiveram um envolvimento de 4,5%, porém, não se sabe em que circunstância ocorreu a briga e nem se na ocasião esse indivíduo estava sob o efeito de substâncias psicoativas.

Com relação a vítimas de estupro, as mulheres ainda são as maiores vítimas de violência sexual no Brasil, mas é preciso pontuar que os homens também não estão isentos dessas ocorrências.

²⁰ Hueb (2010) Descreve a anorexia trata-se de um distúrbio alimentar que ocasiona a perda de peso acima dos limites considerados normais.

²¹ A drunkorexia está relacionada ao consumo de álcool em substituição das refeições, trata-se de uma mistura entre a anorexia e o alcoolismo. (HEUB, 2010).

Gráfico 4 - Prevalência de vítimas de estupro por gênero

Fonte: II LENAD, 2014.

Marangoni e Oliveira (2013) completam que em alguns casos essas mulheres que sofrem duplamente os processos de desigualdade social recorrem à venda do corpo para obter recursos financeiros para a compra de droga. A problemática gira em torno de práticas sexuais desprotegidas que podem desencadear uma gravidez indesejada.

É consenso na literatura, segundo Oliveira e Paiva (2007), de que homens exercem certa influência no aspecto do início à continuidade do uso de drogas por mulheres, pois essas acabam desenvolvendo um uso abusivo por acompanhar seus parceiros, “[...] e, neste caso, tornam-se mais vulneráveis a patologias decorrentes da alta ingestão de álcool e a situações de violência sexual. Admite-se que os homens sejam, geralmente, influenciados por pessoas do mesmo sexo” (OLIVEIRA; PAIVA, 2007, p. 627).

Pesquisas também apontam que geralmente o uso de determinadas substâncias, como o álcool, droga lícita, é realizado em locais públicos, com um grupo de amigos, porém, quando se trata do uso realizado por mulheres há uma tendência de se preferir locais privados, como o domicílio, para evitar a exposição e julgamentos sociais, ocorrendo desta forma uma espécie de ocultamento social.

A limitação da rede de uso de drogas para as mulheres por um lado reduz a vulnerabilidade das mesmas a determinados agravos, como, por exemplo, o abuso sexual. Por outro, aumenta o grau de vulnerabilidade para o HIV/AIDS, uma vez que, em geral, os homens usuários de drogas com os quais elas mantêm contato têm uma rede de uso de droga e sexual ampla e, na maioria das vezes, não adotam medidas de sexo seguro. A não-adoção de medidas de sexo seguro e a manutenção de relacionamentos sexuais com homens usuários de drogas colocam as mulheres usuárias de drogas, assim como as que não adotam tal conduta, em situação de vulnerabilidade para diversos agravos sociais e de saúde, dentre eles a infecção pelo HIV (OLIVEIRA; PAIVA, 2007, p. 629).

É importante incorporar esse debate acerca do uso de drogas e a forma como vem se

ampliando a todos os públicos sociais, estejam eles distribuídos por idade, sexo, classe social, etnia entre outros, nos círculos profissionais de todas as categorias que atuam na saúde e demais políticas públicas. Principalmente porque se percebe a insipiente produção e discussão acerca do tema na literatura científica. Ressaltamos que “[...] As fontes relacionadas são escassas, sendo difícil encontrarmos dados e estudos atualizados sobre os usuários de drogas, tornando-se ainda mais complexo a busca por gênero” (MELO; SOUZA, 2015, p. 9).

Demarca-se a necessidade de novos estudos sobre a temática, que contemplem questões de gênero, no sentido de ampliar as possibilidades de intervenção e, conseqüentemente, de redução de vulnerabilidade, particularmente das mulheres. Sem dúvidas, esse configura um desafio para profissionais da saúde, pela particularidade do trabalho que desenvolve no cotidiano, por meio do contato direto com indivíduos e o seu ciclo social de convívio, representado pelas famílias e comunidades. Emerge a necessidade de se compreender a totalidade das situações que envolvem o cotidiano dos pesquisados para o enfrentamento do problema.

Somente a partir de práticas dialogadas e refletidas de forma crítica é possível contribuir para a efetivação constante da política e a melhoria na forma das ações e acesso voltadas aos (às) usuários (as) que sofrem discriminação e exclusões; pondera-se que ações amplas que visualizem esses indivíduos em sua integralidade não devem se limitar à saúde, mas possam ser percebidas e ampliadas para outras políticas sociais, observando-se outros determinantes sociais no desenvolvimento contínuo do processo de saúde e cuidado.

CAPÍTULO 4

O CONTEXTO DE TRABALHO, SIGNIFICADO, POSSIBILIDADES COM RELAÇÃO À AMPLIAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS

O objetivo desse capítulo é destacar a história do Centro de Atenção Psicossocial AD Primavera ao pontuar o contexto da criação dessa instituição, os serviços ofertados e os profissionais que atuam na prestação da assistência direcionada a usuários (as) de álcool e outras drogas. Bem como os resultados encontrados por meio da pesquisa empírica realizada no CAPS AD Primavera.

4.1 O contexto do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas Primavera – Aracaju

Em Sergipe, a reforma psiquiátrica teve seu ponto de partida com o fechamento do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho no ano de 1995, conforme descreve Barbosa (2006 apud SILVA et al, 2012); a partir desse momento, a assistência à saúde mental para a população começa a ser problematizada e questionada. Além desse serviço, a autora vai citar o fechamento do hospital Garcia Moreno e a instituição de serviços substitutivos; o primeiro a ser registrado no estado foi o Projeto Luz do Sol, sob a administração da Organização Não Governamental Luz do Sol, no ano de 1990, no município de Nossa Senhora da Glória. “[...] Em 2002 este projeto foi cadastrado no MS como CAPS I Arthur Bispo do Rosário [...]” (SILVA et al., 2012, p. 94).

A implantação dos CAPS na cidade de Aracaju ocorre apenas no ano de 2002, o primeiro a ser inaugurado foi o CAPS II David Capistrano Filho, que posteriormente tornou-se CAPS III. No mesmo ano, implantou-se o CAPS AD Primavera (lôcus da pesquisa) e o CAPS III Liberdade, e somente no ano de 2004 o CAPS i/AD Vida é instituído.

Segundo Protazio (2013), na cidade de Aracaju/SE, no final de 2002, se dá a inauguração do primeiro CAPS AD, denominado de Primavera, no município de Aracaju. Em 2012, esse CAPS passa por um processo de transformação para CAPS III – essa transformação é preceituada em consonância com a Política de Saúde.

[...] as diretrizes do Sistema Único de Saúde, fundamentado pela Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004) que define as normas e diretrizes para a organização destes serviços, sendo eles consonantes com o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (SILVA et al., 2012, p. 85).

Silva et al. (2012) sublinham que apesar desse CAPS possuir a segunda melhor cobertura do Brasil, existe uma questão que precisa ser lembrada, pois por ser o único serviço dirigido ao atendimento do público de SPA, vêm ocorrendo a superlotação, a sobrecarga de trabalho para os profissionais sem a ampliação da equipe técnica de referência, além do seu limite territorial extenso, que ocasiona problemas de locomoção para os (as) usuários (as).

A Rede de Assistência à Saúde de Aracaju possui gestão plena; ainda com um destaque maior da rede privada, a rede pública conta com Unidades de Saúde da Família (USFs), com cobertura do Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB). A rede de saúde mental possui o suporte dos CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos e os leitos em Hospitais Gerais e nos CAPS III (SILVA et al., 2012).

O estudo de Silva et al. (2012) aponta que entre os anos de 2009 e 2010, o avanço e publicização do crack acarretaram novos debates em torno da política; ainda em 2009 surge o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), e em 2010, o “Plano Crack” – Plano de Integração das Ações voltadas para a Prevenção de Usuários de Crack e outras Drogas.

Atualmente, o CAPS AD Primavera está localizado na Av. Beira Mar, 2118, Atalaia, Aracaju, onde tem seu funcionamento em regime de atendimento 24 horas desde o ano de 2013. A adequação do prédio proporcionou a ampliação da oferta do serviço. Pois o referido CAPS atende as oito (08) regiões de saúde do município, e como estratégia de cobertura utiliza-se do matriciamento, por meio do qual é possível empreender o cuidado em território articulado a outros serviços de base comunitária.

O CAPS é responsável pela saúde mental de um território de sua referência. O mesmo é o organizador da rede, cuja função é oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, responsabilizando-se pela organização da demanda e da rede de cuidados, supervisionando e capacitando as equipes de atenção básica (BRASIL, 2002 apud SILVA et al., 2012, p. 162-163).

O fluxograma do atendimento está distribuído em: acolhimento da história de vida, momento em que são registrados os dados dos (as) usuário (as); seguido da avaliação de

inserção ou não no CAPS AD, caso os critérios delimitados sejam constatados; não sendo situação de uso abusivo, esse sujeito é encaminhado para o serviço apropriado. Os (as) usuários (as) inseridos (as) são distribuídos (as) entre a equipe técnica e passam a ser referenciados (as) por um técnico de referência (TR)²², que será responsável pelo acompanhamento (SILVA et al., 2012).

Desse modo, a equipe multiprofissional do CAPS desenvolve atividades prioritariamente grupais e cada técnico conduz oficinas ou grupos de caráter terapêutico, faz acolhimento ou reacolhimento de usuários, constrói com eles o projeto terapêutico no serviço, atende aos familiares e faz visitas domiciliares e matriciamento, entre outras atividades (SILVA et al., 2012, p. 95)

A oferta das oficinas e demais atividades são pactuadas entre os profissionais e usuários (as) a partir da elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), observadas as especificidades de cada indivíduo.

Dentre as estratégias de ação do CAPS AD Primavera encontra-se a oferta de cuidado aos familiares dos usuários do serviço. A relevância do papel da família no tratamento é inquestionável e ressaltada por diversos autores e pesquisadores. A necessidade do autocuidado relativo à família está prevista na Política Nacional do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) (SILVA et al., 2012, p. 85-86).

No entanto, a pesquisa de Silva et al. (2012) postulou que a inserção dos familiares é um desafio incessante, pois na maioria dos casos quando o (a) usuário (a) chega ao dispositivo de saúde os vínculos familiares estão rompidos e a sua situação de vulnerabilidade já o (a) afastou do ambiente familiar.

Sobre a faixa etária dos indivíduos inseridos no CAPS AD Primavera a pesquisa de Silva et al. (2012, p. 44) mostra que há uma predominância que corresponde de 18 a 50 anos de idade, e no tocante à droga de uso dessa população percebeu-se que os efeitos do uso problemático de drogas vão aparecer ainda na fase de transição para a vida adulta, que corresponde ao início do processo de profissionalização. “[...] o uso do crack destacou-se nas faixas etárias de até 17 anos (1,73%) e de 18 aos 29 anos (25,37%). O álcool predominou nas faixas seguintes, 30 a 50 anos (23,77%) e acima de 50 anos (8,76%)”. Esse dado evidencia que as consequências do uso abusivo do álcool só são inferidos depois de um longo tempo de

²² “[...] Por técnico de referência entende-se aquele que faz a ‘interface entre as ofertas dos equipamentos substitutivos e as demandas e necessidades apresentadas pelos usuários, marcado inevitável e necessariamente pela intersubjetividade” (FURTADO; MIRANDA, 2006 apud SILVA et al., 2012, p. 94-95).

uso na vida, enquanto que os efeitos do crack vão ser percebidos de forma mais acelerada, assim como outras drogas, a exemplo da cocaína.

4.2A construção das relações sociais e dinâmica do cotidiano de trabalho no CAPS

Este capítulo aborda a *análise qualitativa* dos dados com foco nos depoimentos dos (as) integrantes da pesquisa, suas percepções a partir de suas análises cotidianas no CAPS AD Primavera. Segundo André (1983), a análise qualitativa tem como pressuposto assimilar o caráter multidimensional dos acontecimentos que permeiam a realidade estudada, tal como apreender os significados diversificados que os sujeitos apresentam sobre suas experiências, de modo que auxilie no entendimento da relação do indivíduo com e no seu contexto.

4.2.1 Caracterização da prestação do serviço no contexto do CAPS AD III – Primavera

O CAPS AD III, denominado Primavera, de Aracaju é o único CAPS referência para adultos no município, e é responsável pelo atendimento de toda a cidade. E está localizado na zona sul da cidade. Em relação ao bairro de origem, Silva et al. (2012) apontam que o CAPS AD recebe usuários das oito (08) regiões de saúde.

Em relação aos bairros dos quais são provenientes os usuários acolhidos no CAPS AD Primavera, destacamos o bairro Santa Maria com (10,73%) em 2009 e (10,16%) em 2010, como aquele que mais acessa o referido serviço, seguido do São Conrado (7,61%) em 2009 e (5,89%) em 2010 e Santos Dumont (7,61%) em 2009 e (8,33%) em 2010. [...] sendo que destacam-se como as regiões com maior demanda no ano de 2009: a 2ª (18,34%), a 1ª (9%), a 7ª (7,61%) e a 3ª (7,61%). No ano de 2010, continuamos a receber mais usuários na 2ª (16,05%), 1ª (10,11%) e 7ª (8,33%) regiões de saúde. Esses dados podem nos indicar concentrações nos territórios em que o uso de SPA está mais prevalente, mas também pode sugerir a facilidade de acesso, por exemplo, da 1ª e 2ª regiões uma vez que o CAPS AD Primavera está localizado na primeira e tem proximidade com a 2ª região (SILVA et al., 2012, p. 49).

Segundo a coordenação do CAPS AD Primavera Aracaju, em 2016, a demanda pelos serviços da instituição atingiu em média trezentos usuários (as) ativos, cadastrados no prontuário da instituição, acompanhados pela equipe e participando das atividades. A maioria

dos (as) usuários (as) declara o uso de múltiplas drogas, porém, segundo o que vem sendo observado pela equipe, a droga maior causadora de problemas sociais é o álcool, por possuir valor acessível e ser facilmente encontrado, principalmente por ser uma droga lícita.

[...] Ora, o álcool parece ser a droga de preferência inicial de um conjunto importante de indivíduos. Seus efeitos de tamponamento de angústias e depressões, aparentemente inofensivos, de início, com o tempo cobram um alto preço sentido nos efeitos de degradação corporal[...] (ROSA, 2011, p. 84).

Silva et al. (2012) sinalizam que os índices de outras pesquisas realizadas em CAPS AD revelam a incidência do álcool como droga de preferência entre os (as) usuários (as) que acessam os serviços AD, a exemplo da cidade de Blumenau/SC, onde o uso do álcool representa 44,37% entre os usuários, enquanto Londrina tem um índice de 46,1%.

O CEBRID constatou em levantamento realizado em 2005 que o álcool vem sendo consumido por cerca de 74% da população brasileira – estima-se que os índices de dependência chegam a 12%. Gomes e Capponi (2011) retratam que apesar dos dados, praticamente não se dialoga sobre a redução do uso do álcool, nem mesmo como uma questão de saúde pública.

Com relação à faixa etária, a maior parte dos usuários insere-se entre os 25 e 45 anos de idade. Desse grupo, apenas 10% são do sexo feminino. O quantitativo de mulheres atendidas não tem aumentado em todas as verificações realizadas pela equipe, até mesmo a demanda que chega para o serviço é predominantemente masculina; é o que afirma a entrevistada “Barbie, 2016”.

Em 2012 uma pesquisa sobre a “caracterização do perfil dos usuários do CAPS AD primavera em Aracaju” identificou um aumento da demanda entre os anos de 2009 e 2010, de 34,01% para 56,18% entre o público do sexo masculino, e de 3,23% para 6,59% entre o sexo feminino; percebe-se que com o passar dos anos a presença de mulheres nesse espaço ainda permanece retraída.

Nesse sentido, Silva et al. (2012) apontam que no ano de 2010 foi criada uma estratégia focada exclusivamente para incluir e fortalecer a adesão feminina ao CAPS AD Primavera, no entanto, o referido grupo apresentou uma baixa frequência. Sobre essa questão, vários podem ser os fatores atribuídos à baixa adesão ao tratamento, entres eles “[...] o estigma e o preconceito com relação às mulheres que fazem uso abusivo de drogas e que buscam apoio num serviço que volta as suas ações predominantemente para um público masculino” (SILVA et al., 2012, p. 45).

A predominância do sexo masculino nos serviços especializados de tratamento em álcool e outras drogas, como os CAPS AD, pode indicar também que as implicações do uso de drogas são mais notórias em homens do que em mulheres, porém, isso não pode ser entendido como fator determinante que provoca a não adesão feminina nesses espaços. Esse dado será discutido com maiores elementos na apresentação por bloco temático.

Outra observação de Silva et al. (2012) é que entre os anos de 2009 e 2010 houve um aumento de 14,28% nas inserções de usuários (as) no CAPS AD, desses serão inseridos aqueles em que for verificado prejuízos no conjunto de sua vida social.

Neste sentido, o profissional de saúde precisa estar atualizado no tocante aos sistemas de diagnósticos, para deste modo não minimizar situações que apresentam maior gravidade e nem excessiva importância a quadros mais simples, nos quais o aspecto da dependência ainda não está instalado.

Dentre as ações desenvolvidas no CAPS estão: o atendimento inicial, realizado quando o (a) usuário (a) chega com demandas aos serviços, esse procedimento visa obter dados sobre a sua história de vida, e identificar se o caso em questão insere-se nos objetivos do CAPS; oficinas terapêuticas, que envolvem artes manuais e propostas de meditação; atividades esportivas, como oficina de futebol, natação; grupos de apoio, de saúde e de acolhimento. Este último com o objetivo de situar o usuário com o aprofundamento de informações para que entenda as expectativas da instituição em relação ao usuário, permitir que ele compreenda o que é a Redução de Danos; são realizadas assembleias de usuários (as); e o acolhimento noturno em situações de crise.

As atividades são executadas durante o dia. Durante a noite permanece apenas o acolhimento noturno; o acolhimento conta com seis vagas, quatro masculinas e duas femininas. Entre os profissionais que pernoitam constam um enfermeiro e dois técnicos.

4.2.2 Vínculo empregatício dos profissionais

A partir de uma entrevista com a coordenação do serviço obteve-se a informação de que o quadro funcional do CAPS AD integra 48 funcionários. A equipe é composta por três assistentes sociais de vínculo estatutário; duas psicólogas de vínculo estatutário; seis enfermeiros, sendo quatro estatutários e dois de contrato temporário; um enfermeiro de contrato temporário; quatro profissionais de educação física de contrato temporário; um

farmacêutico com contrato temporário; 18 técnicos de enfermagem; 14 concursados e quatro de contrato temporário. Nesse item apareceu também a modalidade de prestação de serviço de forma autônoma. A equipe de saúde está dividida entre o atendimento diurno e noturno, durante a semana, feriado e finais de semana. A carga horária de trabalho dos profissionais varia entre 30 e 40 horas, a depender da categoria a qual pertence.

O corpo administrativo é terceirizado, integrando três funcionários administrativos que atendem na recepção oferecendo suporte na farmácia; cinco são auxiliares de limpeza (três trabalham durante o dia e dois durante o turno da noite); e quatro vigilantes (dois de dia e dois durante a noite); além de um motorista. No quadro funcional do CAPS observa-se a predominância de profissionais do sexo feminino, aspecto relacionado ao aumento significativo e contínuo da presença de mulheres na força de trabalho e, consequentemente, no contingente de trabalhadores disponíveis para o mercado.

A participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde vem sendo estudada há algumas décadas, mostrando sua importância não só para se compreender a expansão da participação feminina no mundo do trabalho, como, e principalmente, para melhor se entenderem as especificidades do setor de saúde, responsável por um contingente expressivo de postos de trabalho ocupados por mulheres (WERMELINGER et al., 2010, p. 10).

No setor da saúde há uma tendência à feminização do trabalho, ou seja, uma tendência recorrente em diversos países que associa a cultura da vocação feminina a essa área, especificamente no tocante ao “cuidado”. Segundo Pinheiro e Matos (2005), esse cuidado expressa uma relação com a própria história do papel feminino na sociedade, que se define pelo viés da “responsabilidade”, do “zelo”, especialmente na profissão de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia. Porém, o cuidado em saúde significa prestar uma assistência integral, traduz níveis de atenção e procedimentos que completam o sentido do “direito de ser” na saúde, que vise à valorização e o respeito às relações diversificadas de etnia, gênero, classe social, que perpassam o campo em destaque. Incorpora também a viabilização e garantia de que o (a) usuário (a) decida de forma corresponsável pelo seu tratamento.

Historicamente e culturalmente as práticas de cuidado estiveram relacionadas ao sexo feminino, a exemplo das funções conectadas ao papel doméstico, já aos homens construíram-se atribuições referentes à pesquisa e à produção do conhecimento científico. O que expõe claramente a divisão social e sexual do trabalho; esse fracionamento laborativo expressa a forma como a sociedade delimita os campos de circulação e atuação da mulher, e também configura a valorização profissional de acordo com o sexo.

Andrade (2002) cita a influência da vida cotidiana no processo de produção do cuidado, ao chamar a atenção para as multiplicidades de questões que contornam o espaço privado e na essência das histórias que portam, ou seja, a junção entre o vivido no âmbito da vida social e o cotidiano. A produção do cuidado está estritamente relacionada ao processo de desenvolvimento da humanização do trabalho em saúde, e este envolve aspectos relativos ao princípio da integralidade, a observação e atendimento das reais necessidades de saúde dos (as) usuários (as), o protagonismo dos sujeitos, a gestão participativa, a transversalidade, a intersubjetividade, o fortalecimento da equipe multiprofissional (BRASIL, 2003b).

Como foi possível observar no CAPS AD, atualmente existe uma composição variada quando se trata de vínculos empregatícios dos profissionais, esse dado retrata um contexto de crescimento de trabalhos por tempo determinado: são contratos temporários, que retratam uma conjuntura de flexibilização das relações de trabalho e fragilização dos direitos trabalhistas, fortemente enfatizado em tempos de capitalismo neoliberal.

A introdução de novas formas de contratação, segundo Martins e Molinaro (2013), acaba por desestabilizar direitos sociais. Trata-se do reflexo da política de enxugamento da máquina estatal impulsionada pela contrarreforma na década de 1990, que trouxe como consequência a redução drástica de concursos públicos, para a área da saúde a resposta encontrada para a manutenção dos serviços foram a contratação de recursos humanos de forma não regular.

Estas demandas por flexibilização da regulação pública geram demandas de flexibilização de direitos que se expressam em medidas legais que instituem: contratos por tempo parcial ou temporário, redução das contribuições sociais, diminuição da fiscalização sobre os contratos de trabalho, contrato de serviços de natureza de pessoa jurídica – “trabalhador pessoa jurídica”, medidas estas que resultam sempre em novas formas de contratação formal de trabalho sem proteção social (MARTINS; MOLINARO, 2013, p. 1669).

De acordo com Pires (2000), esse conjunto de medidas adotadas pelo governo modificou as relações contratuais, alterou também as condições de trabalho e propiciou o dilema da insegurança no emprego. Deste modo, é possível afirmar que diante da diversidade de categorias profissionais que compõem a saúde prevalece o trabalho assalariado associado à precarização.

4.2.3 Especialização para trabalhar na área de álcool e outras drogas

Entre os entrevistados, três encontravam-se vinculados à Especialização em Saúde Mental e a Atenção Psicossocial ofertada pela Fiocruz por meio de uma parceria entre a instituição e a prefeitura do município, e uma das profissionais possuía pós-graduação em Psicologia Analítica, pela UFBA, e Álcool e Droga pelo Ministério da Saúde (que teve a duração de 6 meses). A maioria dos depoentes apresentou experiência na área de saúde mental por já haver trabalhado na área ou já ter certo tempo de atuação em CAPS.

Nesse item percebe-se que não há um requerimento obrigatório para o trabalho na área. Fica a cargo de cada profissional buscar o aperfeiçoamento teórico e prático no que tange ao conhecimento e estudo da temática.

Conforme evidenciam Martins e Molinaro (2013) ao afirmar que recai sobre o trabalhador “o ônus” de se manter atualizado para tornar-se qualificado para o mercado de trabalho, na forma em que ele tem se estruturado. “[...] Transfere-se assim a responsabilidade pelo desenvolvimento profissional e qualificação do trabalho das instituições para os trabalhadores” (MARTINS; MOLINARO, 2013, p. 1675). Por outro lado, deve-se pensar em como vem se desenhando as ofertas de qualificação presentes no mercado e oferecidas pelas instituições, diante da fragilidade dos vínculos trabalhistas e dos baixos salários, além de que muitos trabalhadores possuem mais de um vínculo empregatício; há categorias em que a carga horária se estende até 40 horas semanais.

Em pesquisa realizada nesse mesmo CAPS, em 2012, Silva et al. (2012) já sinalizavam a angústia de alguns profissionais que questionavam a formação acadêmica, pois, segundo eles, essa não fornecia elementos suficientes para uma atuação no nível da saúde mental. Dado que demonstra a necessidade da educação permanente.

A atuação em saúde requer ao mesmo tempo ações teórico-reflexivas, éticas e políticas, que não se dissociam da defesa da saúde pública ampla e de qualidade, que corresponda às necessidades da população, em que se devem observar as potencialidades e possibilidades institucionais e locais.

4.2.4 Capacitação para atuação na área de álcool e outras drogas

Em relação à capacitação na área de álcool e outras drogas, foi informado pelos participantes que ao serem contratados ou efetivados no serviço eles participaram de uma capacitação geral, apoio/acolhimento pedagógico. De outra parte, outras formas de aperfeiçoamento são buscadas individualmente; no que tange a eventos na área, há uma adesão caso estejam disponíveis para participar.

Os depoimentos a seguir retratam esse quadro, “[A] capacitação foi aquela mesmo que faz parte da graduação, muito falha, muito pequena, quase não *[sic]* existem; aqui ele quer a autodidata que você busca por você mesmo [...]” (PENÉLOPE, 2016).

“Foi feito um apoio pedagógico no primeiro mês que começou o trabalho, a gente participa de alguns eventos online de interesse pessoal e não feito exclusivamente pela prefeitura” (MARGARET, 2016).

Neste aspecto, percebeu-se a necessidade da educação permanente como um importante instrumento para a melhoria e a qualidade das ações profissionais com o foco em álcool e outras drogas, assim como para o debate sobre assuntos transversais à política, como a questão de gênero. Particularmente, reafirmamos aqui a percepção de Cruz (2015) sobre a transversalidade de gênero nas políticas, que visa nortear as competências e responsabilidades políticas, institucionais e governamentais, e os agentes políticos, sob os objetivos de ratificar gestões democráticas que incluam as mulheres e ultrapassem as assimetrias de gênero, de modo a garantir ações integradas entre as instâncias governamentais e a eficácia das políticas públicas.

Para que isso seja possível acredita-se que é de extrema importância conhecer o contexto desse trabalho e ouvir os profissionais, para se ter a compreensão das reais necessidades que permeiam o contexto do trabalho.

A educação permanente em saúde consiste em estabelecer uma relação entre formação e gestão para a promoção do desenvolvimento institucional (BORGES, 2009).

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de

vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005, p. 162).

Ainda de acordo com Borges (2009), a estratégia da educação permanente configura-se como uma proposta capaz de incorporar o envolvimento da subjetividade do trabalhador no processo de trabalho, no tocante à sua organização, à sua responsabilização no cuidado, capaz de promover a atualização da prática profissional, além da discussão sobre as práticas interinstitucionais e intersetoriais. Nesse movimento torna-se imprescindível a atenção às necessidades da população que recorre aos serviços de saúde.

[...] Especificamente em relação aos trabalhadores para esse setor, vamos encontrar na Constituição Nacional que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Na Lei Orgânica da Saúde, o título relativo aos recursos humanos assevera que a política para os trabalhadores da área deve cumprir o objetivo de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal [...] (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1401).

Outra variante é que nem todos os profissionais se identificam com esse campo de atuação, portanto, a educação permanente pode se tornar uma estratégia de quebra de paradigmas.

Com relação à capacitação da força de trabalho em saúde, destaca-se a importância de desenvolver a sensibilidade quanto à compreensão das demandas de gênero, de etnia, respeito às diversidades religiosas, compreensão das deficiências locomotivas e intelectuais, pois essas exigem a mudança do perfil profissional e impõem às instituições novos desafios, com o intuito de superar os preconceitos e discriminações nos ambientes de trabalho, como também no gerenciamento das políticas. Nesse aspecto a articulação ensino-serviço ²³é uma importante estratégia de enfrentamento de conflitos e quebra de paradigmas, por meio das pesquisas elaboradas com o intuito de compreender e desmitificar as tramas sociais que desencadeiam conflitos e práticas.

²³ Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços. (ALBUQUERQUE, 2008, p. 357).

4.2.5 Sobre álcool e drogas e tempo de atuação na área

O tempo de atuação na área foi variável entre os profissionais. Alguns já tinham alguma experiência na área da saúde e saúde mental, porém, a partir da inserção no CAPS se aproximaram com a temática das drogas. A partir da variável tempo de atuação na política, foi possível observar que as compreensões acerca do conteúdo obtinham novas análises e interpretações.

Considerou-se importante destacar a compreensão sobre o que é AD, pois a partir do que se entende sobre droga é que as intervenções profissionais se desenham. E esse dado tem impactos sobre o tratamento ofertado. A política de saúde mental versa sobre um tratamento de base social, comunitário.

A causa do **uso abusivo de drogas** é percebida pelos profissionais como sendo “multifatorial”, isto significa que não existe um único fator determinante para que uma pessoa comece a usar drogas e se torne dependente delas. O depoente Caillou (2016) afirma o uso de drogas a partir de sua relação com o contexto macrosocial, como descrito na transcrição a seguir:

[...] por ser um problema multifatorial, sistemático, social, da micropolítica e macrodeterminantes econômicos, enfim, é histórico [...]. Existem dois planos de análise do coletivo; a análise desse conjunto de pessoas que vivem essa problemática, e a gente consegue encontrar inúmeras razões para isso. Existe também um espaço mais individual, e aí ela vem trazer as motivações para o uso da substância. Mas geralmente eu sempre coloco assim, que, pensando em gênero, os homens acabam partindo para usar droga mais por perdas materiais, e as mulheres acabam usam a droga para o refúgio e perdas afetivas, [...] desamparo, rejeições, violência, principalmente estupros, abortos, perda de filhos. Então, sempre existe muito mais razões afetivas no universo da mulher do que no universo do homem, o homem já meio que se desresponsabiliza nesse contexto familiar, homem mais por desemprego, por perda de poder no seio familiar, mais por dificuldade financeira, por impotência sexual, dificuldade sexuais, [...] não estou generalizando [...] (CAILLOU, 2016).

De acordo com o descrito acima, existe uma relação entre a motivação do uso da droga com o sexo. O relato apresentado mostra que homens tendem a iniciar e desencadear o uso problemático de drogas devido às perdas materiais, que significam aquelas associadas ao mundo do trabalho, ou seja, atividades pertencentes aos papéis socialmente atribuídos de que o homem é o provedor da família, é aquele que consegue sucesso na carreira profissional; já as mulheres utilizam as drogas como um subterfúgio, principalmente quando o fator responsável pela perda não é compartilhado e tratado previamente, a exemplo de violências

domésticas, desproteção. A seguir os depoimentos apresentam a compreensão sobre o uso de drogas e os seus desencadeamentos no cotidiano:

[...] a droga existe desde que o mundo é mundo, [...] o problema é como as pessoas se relacionam com essa droga, certo! Ou seja, uma pessoa abre mão de todos os seus sonhos e vai viver em função da droga, [...] porque ele dorme pensando como vai conseguir no outro dia a droga, como vai fazer. [...] porque que essas pessoas deixam que essa coisa tome um espaço tão grande na vida delas [...] (LULUZINHA, 2016).

[...] quando é feito o acolhimento observa-se muito que eles trazem alguns problemas familiares e ociosidades. Outros trazem da infância quando foi iniciado o uso de drogas, ofertado por algum grupo social, sendo como uma maneira de inserção no grupo... E alguns outros trazem o uso do álcool, que já é uma cultura da família [...] (MARGARET, 2016).

Conforme já citado em outro momento deste estudo, muitas vezes o uso se inicia ainda no ambiente familiar, seja porque o genitor ou parente utiliza a droga rotineiramente, seja para o lazer – o chamado “beber socialmente” –, e esse uso se estende de forma naturalizada para os outros membros da família. No caso de mulheres, observa-se em muitos estudos que o uso está em grande parte relacionado a situações traumáticas sofridas na infância ou na vida adulta, assim como a sua inserção em determinados grupos ou atividades acabam por exercer influência para que o consumo decorra de forma negativa. O entrevistado Bobby afirma que: “[...] são questões do vício em si, questões de oportunidades econômicas que eles não têm, que já vêm de muito tempo” (BOBBY, 2016).

De acordo com o depoimento a seguir a temática das drogas é polêmica, pois envolve processos objetivos e subjetivos da vida de qualquer pessoa,

Polêmico, mas no meu ponto de vista o uso de qualquer substância assim, seja ela psicoativa ou não, lícita ou ilícita, é a busca do ser humano de tentar sanar a sua insatisfação. Todo ser humano tem um centro de recompensa que precisa ser de certa forma realimentado. Ele precisa se sentir amado, sentir prazer e um estímulo, que pode vir de diversas formas como de um elogio, nas relações interpessoais; mas quando essa recompensa não é alimentada de forma adequada fica um vazio existencial no indivíduo que ele tenta sanar [...] (PENÉLOPE, 2016).

Os depoimentos retratam as múltiplas razões/motivações para o uso de SPAs, situações que englobam os planos individual e coletivo, o quadro familiar é um deles. A dimensão da singularidade vai estabelecer parâmetros que demarcam tempos, espaços e interações que constituem o dia a dia dos indivíduos, que estão inevitavelmente correlacionados à esfera coletiva, ou seja, a dimensão universal da vida social.

Assim como relatados nos depoimentos, os fatores que mais contribuem para o desenvolvimento de um quadro de dependência dizem respeito à realidade da vida contemporânea. Entre eles, Silva et al. (2012) apontam estresse, depressão, frustrações, a desigualdade socioeconômica, entre outros, que fazem com que os indivíduos busquem nas drogas um escape para os problemas do dia a dia que não foram resolvidos.

Mota (2007, p. 710) enfatiza que as variáveis de ordens ambientais, biológicas, psicológicas e sociais podem influenciar o uso de SPAs. “[...] isto se deve à interação entre o agente (a droga), o sujeito (o indivíduo e a sociedade) e o meio (os contextos socioeconômico e cultural)”. A dependência é compreendida como um conjunto de múltiplas causas, ou seja, biopsicossocial, portanto, as propostas de tratamento devem ser variáveis (SILVA, 2011).

As causas para a drogadição são multifatoriais e variam em cada indivíduo. Os efeitos decorrentes do uso das drogas dependem, principalmente, da dosagem utilizada, ação farmacológica da substância e do contexto em que é consumida. Os danos provocados pelo consumo abusivo destas substâncias ultrapassam o limite do físico e psíquico, afetando toda a vida do sujeito, suas relações sociais e familiares, sua vida profissional, escolar e afetiva, sua autonomia e cidadania. O processo de recuperação requer, assim, uma reestruturação destes aspectos que estão fragmentados e muitas vezes já são inexistentes (SILVA et al., 2012, p. 85).

As drogas, como já mencionado, podem ser utilizadas com as mais diversas funções: como alívio do estresse; tédio; aumento da autoestima; para o emagrecimento; para melhorar o desempenho; para alívio das atividades cotidianas. Neste aspecto, fatores de ordem psicológica, orgânica e social juntamente com situações/episódios ao longo da vida podem tornar esses indivíduos mais vulneráveis e favorecer o uso abusivo.

As múltiplas experiências diárias, de âmbito familiar, cultural, a acessibilidade para adquirir a droga são também elementos propulsores da relação uso versus dependência do indivíduo com as drogas. Dentre as razões/motivações para o uso de SPAs estão situações que englobam o plano individual e coletivo – o quadro familiar é um deles. A dimensão da singularidade vai estabelecer parâmetros que demarcam tempos, espaços e interações que constituem o dia a dia dos indivíduos, que estão inevitavelmente correlacionados à esfera coletiva, ou seja, à dimensão universal da vida social.

4.2.6 Sobre o trabalho

Ao serem questionados sobre as premissas que orientam o desenvolvimento do seu trabalho, para entender se há uma compreensão da política na qual estão inseridos, e se há uma correlação entre o que está estabelecido nas legislações e o que vem sendo operacionalizado, foram citados pelos entrevistados a Política de Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas, a Portaria de criação do CAPS, além dos parâmetros que regulamentam cada profissão.

A RD também foi citada como uma das estratégias de tratamento, que tem como foco o sujeito; é um instrumento para a efetivação do princípio da universalidade preceituado no SUS, bem como “[...] de promoção de saúde e cidadania construídas para e por pessoas que usam drogas, que buscam minimizar eventuais consequências do uso de drogas lícitas ou ilícitas, sem colocar a abstinência como o único objetivo do trabalho em Saúde [...]” (PETUCO, 2011, p. 128-129).

Entretanto em relação às intervenções pautadas pela política nacional, e as normatizações de cada categoria profissional, vale frisar que apesar da diversidade de intervenções propostas ainda vivemos a dificuldade de compreender e propor para os (as) usuários (as) estratégias e intervenções de saúde que lhes garantam ampla assistência e que correspondam às suas perspectivas, como coloca Silva (2011, p. 38):

Uma das dificuldades que temos no Brasil em relação às intervenções clínicas na área de álcool e outras drogas é a de conviver com a diversidade de abordagens e avaliar a sua efetividade. É importante ressaltar que não existe tratamento melhor ou pior, e sim pessoas que se adaptam melhor a uma ou outra abordagem. Entretanto todas elas necessitam de avaliação e mudanças que possam ir ao encontro de uma prática constantemente adaptada às demandas sob a perspectiva das construções e ampliações das redes sociais de parceria e cooperação.

Outro dado que apareceu nessa temática foram as fragmentações dos serviços de saúde, como retrata o depoimento a seguir:

[...] por sinal, eu acho estranho as UBS funcionando, um povo separado da saúde mental, que para mim mente corpo e espírito estão juntos, não estão separados. Consequentemente, é o que é estabelecido, é o que está nas diretrizes da saúde mental dentro do SUS; e enquanto a minha profissão é exigida como técnica dessa área e saiba lidar com essa clientela [...] (PENÉLOPE, 2016).

Nesse item não se percebeu grandes divergências entre os profissionais, o que foi possível observar é que o tempo de inserção no serviço e trabalho com a temática interfere na compreensão sobre o assunto e o alinhamento com a política de saúde mental e política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

Nos últimos anos, o panorama da formação profissional em saúde no Brasil sofreu diversas transformações, algumas delas foram as mudanças curriculares, inserções de novas metodologias de ensino, ampliação do acesso às universidades, com o credenciamento de novas instituições, mudanças que geraram e geram questionamentos no que tange a uma formação de um perfil profissional que atenda adequadamente às demandas contemporâneas.

Soma-se a esse processo a necessidade da inclusão de conteúdos transversais à política de saúde nos currículos acadêmicos, como, por exemplo, gênero, classe, entre outros que perpassam a esfera dos atendimentos clínicos e influenciam o processo saúde-cuidado.

4.2.7 Aspectos positivos e negativos em relação do trabalho na área

Como aspectos positivos foram citados o trabalho interdisciplinar; a possibilidade de participar em ações de extensão que promovem a interlocução entre formação e prática profissional, a exemplo do PET Saúde; a promoção da qualidade de vida por meio do desenvolvimento do trabalho; além do crescimento profissional e pessoal. Os entrevistados afirmam que entre os aspectos positivos estão:

Positivo tem o crescimento pessoal, o crescimento profissional e o crescimento psicológico, no sentido de você aprende a lidar com suas reações diante das questões das situações que a gente vive aqui que são inúmeras e muitas vezes inusitadas e inesperadas [...] (PENÉLOPE, 2016).

Os aspectos positivos é o trabalho em equipe, a equipe é muito boa [de] profissionais muito capacitados, muito éticos, que se responsabilizam mesmo, chegam junto, fazem intervenções conjuntas e que investem nos usuários, e que acreditam no potencial das pessoas. A equipe é um ponto muita favorável aqui [...] (CAILLOU, 2016).

Como aspectos negativos foram relatados a falta de educação permanente, o não funcionamento em rede, o baixo quantitativo de profissionais, as poucas oportunidades para os usuários, a falta de reciclagem profissional, a baixa remuneração, além dos impasses que o SUS tem vivenciado nos últimos tempos. Entre os aspectos negativos os entrevistados

pontuam que:

[...] o ponto negativo é o contexto social deles, dos usuários, que é desproporcional, porque a gente faz o cuidado aqui pontual, e aí o contexto social dele lá fora é totalmente adverso; e aí a gente precisaria de políticas assistenciais mais consistentes, assim, de moradia, de trabalho, dignidade humana, educação. Você trabalha na equipe de saúde mental, ora em sua realidade; [...] as políticas públicas, elas são muito falhas, elas têm muitos buracos [...] (CAILLOU, 2016).

Não tem uma capacitação, supervisão continuada; a rotatividade muito grande de profissionais nos serviços; a segurança que não tem um suporte pela Secretaria de Saúde; não consegue trabalhar em rede; poucos profissionais das várias categorias [...] (MARGARET, 2016).

[...] a gente tem que ver que o sistema de saúde tem problemas. [...] temos o melhor programa de saúde do mundo, que o SUS; é uma batalha de luta, uma bandeira, [...] uma construção onde são feitas por muitas mãos e a gente vem perdendo por causa de interesses de outros; [...] a gente vê hoje que não está funcionando como deveria no papel. Tem muita intervenção da questão privada, tem muita omissão do setor público, mas a gente tem que batalhar duro pelo melhor sistema de saúde [...] (LULUZINHA, 2016).

[...] os [pontos] negativos, eu diria que [são] dar conta de um sistema falido; infelizmente, é uma coisa negativa quando você percebe que poderia ser feito tantas coisas e que o sistema SUS, imagina na sua tristeza a sua prática, não dá as condições necessárias possíveis por falta de recursos, que a gente sabe que esse País é rico, mas é pela questão governamental, divisão orçamentária, empresarial, política, que estabelece realmente um orçamento totalmente de inversão de valores para a sociedade; quando a gente vê que a vida humana não tem um devido valor.[...] Então os profissionais da área de saúde, eles não são estimulados, não são remunerados, não são qualificados, que eles devem ter inclusive com reciclagem, capacitação, investimento, mesmo ele continuar dando o melhor dele profissionalmente; pessoalmente, essa inversão me incomoda [...] quando eu vejo que está sucateando-se a saúde mental [...] (PENÉLOPE, 2016).

Neste aspecto, o trabalho na linha de frente com dependentes de SPA é árduo, pois nesses contextos o trabalhador sofre diretamente o impacto das demandas que por vezes não se resolvem em uma única instituição, e infelizmente o cuidado com os profissionais não vem sendo pautado nas discussões institucionais e políticas, conseqüentemente, percebe-se o adoecimento mental dos trabalhadores, os afastamentos, desmotivações, estresse, frustrações em relação ao exercício profissional. (SILVA, 2011).

As diligências ultrapassam o nível da saúde mental, pode-se observar a totalidade das expressões da questão social que envolvem essa temática, ou seja, as demandas perpassam todo o cotidiano dos (as) usuários (as). “[...] Invariavelmente, trabalhamos também com outras questões como a violência, doenças sexualmente transmissíveis, problemas com a lei, por exemplo, o tráfico de drogas, a falta de locais para a continuidade das internações quando estas se fazem necessárias, entre muitas outras [...]” (SILVA, 2011, p. 37).

4.2.8 Operacionalização do trabalho

Quanto às dificuldades enfrentadas para operacionalizar o trabalho, encontrou-se como principal ponto de impasse a rede, que por vezes está aprisionada em julgamentos morais que inviabilizam a execuções de ações integrais aos (às) usuários (as) de álcool e outras drogas; seguida da ausência de trabalho em equipe em alguns casos, assim como também percebe-se a necessidade de aumentar a oferta para que mais pessoas possam ser inseridas nos serviços especializados.

A entrevistada Penélope vai destacar que processos de trabalho realizados de forma desarticulada e desconsiderando o fazer de outro profissional, dentro da equipe, pode provocar desgaste e rompimento de ações de saúde que vislumbrem o indivíduo em sua integralidade.

[...] porque quando você trabalha com uma visão, você estabelece uma rotina, você cria uma dinâmica de trabalho onde no CAPS precisa ter o aspecto de equipe; se ela não existir, ela elimina o trabalho, então o que eu sinto muito é justamente ainda ter profissionais que não trabalham com essa visão de equipe [...] (PENÉLOPE, 2016).

A entrevistada citada no depoimento anterior questiona que em alguns episódios vivenciados dentro do serviço sentiu falta da articulação do trabalho em equipe e até mesmo de comunicação. Isto significa que não há como estabelecer um cuidado contínuo e integral sem exercer a comunicação entre os profissionais da saúde, tanto da mesma categoria como das distintas profissões.

Outro ponto importante segundo o entrevistado “Tom, 2016” são as questões logísticas e burocráticas também atrapalham o desenvolvimento mais célere das atividades.

A rede familiar também foi destacada como um elemento importante para o processo de reabilitação social dos (as) usuários (as). Neste sentido, Silva et al. (2012) demonstram que a origem da demanda, em 2010, era composta prioritariamente por meio dos encaminhamentos realizados por outras instituições, que corresponderam a 33, 91%, seguido de 15,09% da demanda espontânea, quando o (a) usuário (a) decide livremente pelo tratamento; enquanto que a família correspondia a 11,06%, nesse aspecto podemos perceber que em consonância com o depoimento a seguir que a família é uma das redes de apoio para o início e continuidade no tratamento: “[...] a rede só precisa que a família dê um suporte para que essa pessoa não fique só, porque ela está passando por um processo muito difícil, e sozinho tudo é mais difícil” (LULUZINHA, 2016).

A família é apontada por vezes como um dos fatores de maior influência na iniciação do uso de drogas, contraditoriamente, ela também é um dos determinantes no tratamento e recuperação. Neste sentido, Payá (2011) entende que o comprometimento da família durante o período de tratamento tem gerado êxitos nos resultados almejados. É no âmbito familiar que a rede de inter-relações, valores, crenças, afetividades se manifesta, motivando ou desmotivando a recuperação dos (as) usuários (as) de drogas.

Outros aspectos relevante para a operacionalização do trabalho segundo a compreensão dos entrevistados estão: os recursos governamentais destinados as políticas sociais, a rede intersetorial e o trabalho multiprofissional, conforme retratam os depoimentos a seguir.

[...] precisaria mais recursos financeiros para investimentos, [*sic*] para que tivesse sua melhor qualidade de estrutura, de materiais; mesmo para eles, aqui é tudo muito sucateado, quando tem, ou então é pouco; falta muitos recursos para o nosso trabalho e para que a gente possa fazer algo mais qualificado. E falta também o entendimento de um trabalho em rede, herança da saúde individualizada, e também tem uma contribuição forte da saúde privada, aquela atenção clínica; [...] é que essas pessoas não sabem trabalhar juntas, e aí essa ideia de multiprofissionalidade, interdisciplinaridade é algo muito novo; a nível de rede a gente sente mais dificuldades ainda [...] (CAILLOU, 2016).

[...] a gente trabalha numa rede que nem sempre essa está bem amarrada, por exemplo, o dependente químico sofre muita discriminação, e se usuário morador de rua, quando a pessoa fala: “não, é depende químico vá pro CAPS”, às vezes nem é depende químico, às vezes é hipertenso, diabético; têm outras questões que envolvem a vida, às vezes que ele quer fazer um tratamento de dentes, fazer uma avaliação oftalmológica, não tem nada a ver com dependência química, mas tudo eles querem tratar aqui; e uma outra coisa também que atrapalha o nosso trabalho é o indivíduo terminar querendo usufruir do CAPS pra outras questões que o CAPS não tem, e não é uma atribuição do CAPS; [...] acha que é um centro de convivência, não que aqui não seja uma das atribuições, mas não é a principal; [...] o usuário dependente químico grave, ele tem que ter as três características básicas: dificuldade de lidar com dinheiro, com as responsabilidades da vida e vínculos familiares e sociais; é um indivíduo que não consegue pegar em dinheiro, que quer comprar droga. [...] E volta para cá a questão social; às vezes eu quero tratar um indivíduo, mas ele está na situação de rua, aí vou, ligo para o abrigo, não tem vaga no abrigo, aí ele vem para o CAPS com intenção de se tratar, mas quando sai daqui vai para a rua, encontra o uso na rua, situações de uso, de violência, de vulnerabilidade e termina se expondo e recai (CLOVER, 2016).

Por esse ângulo, não há como exercer de forma eficaz a produção do cuidado sem contextualizar as particularidades-singularidades-universalidades que compõem a vida dos sujeitos, sejam nos aspectos políticos, históricos, sociais, culturais, de modo que as repercussões do seu modo de vida exercem efeitos sobre o seu cuidado em saúde, isto é, práticas e ações.

Entre os depoimentos emerge a dificuldade de se pensar um trabalho articulado em

rede, intersetorial, justamente pelo estigma e preconceito que pessoas usuárias de drogas sofrem na sociedade como um todo; e nos demais serviços, por ser usuário ou usuária de drogas, o indivíduo perde os outros aspectos de sua sociabilidade, o cuidado integral não é realizado, e esse fator agrava ainda mais a sua condição de vulnerabilidade.

Como retrato dessa discussão, a pesquisa de Silva et al. (2012) denominada “Estratégias de atenção aos usuários de crack e outras drogas na rede de atenção primária à saúde no município de Aracaju/SE” evidenciou que 68% dos funcionários das equipes de saúde analisadas declaram que sentem limitações em relação à capacidade pessoal de lidar com esse público em específico. Como apresenta o depoimento da entrevistada da pesquisa de Silva et al. (2012, p. 164): “USF não tem estrutura nem profissional capacitado para lidar com esses usuários (P5) ”.

Esse breve retrato da realidade atual demonstra que o medo, assim como o preconceito contribuem para que hajam encaminhamentos antecipados sem que ocorra uma escuta mais precisa sobre a história desse (a) usuário (a). Silva et al. (2012) vão destacar, ainda, que 17% dos entrevistados vão afirmar a inexistência da integração UBS e CAPS AD, outros 59% dos participantes vão afirmar que a maior parte da articulação entre esses dois serviços ocorre por meio de encaminhamentos, contatos telefônicos e visitas institucionais. Citou-se ainda que a ausência de intercâmbio entre as instituições vem ocorrendo pela dificuldade de realização da referência e contra referência, que seria um feedback da situação atendida de forma adequada.

A esse respeito vale pontuar que nessa mesma pesquisa os autores identificaram que 62% dos profissionais do CAPS AD que atuavam naquele ano também se declararam despreparados para lidar com a temática, e nesse aspecto perceberam-se “[...] reduzidas oportunidades de vivências teórico-práticas no ensino superior e de educação continuada, como as capacitações ” (SILVA et al., 2012, p.170-171). Nota-se a falta de investimento em educação permanente e do apoio institucional para esses profissionais que estão na ponta dos serviços de atendimento a usuários (as) de álcool e outras drogas.

Outro ponto importante citado pela entrevistada “Clover, 2016” na pesquisa atual é a falta de suporte para o momento pós-tratamento; em sua opinião, e como constatado na literatura, há uma escassez de serviços que contribuam com esse processo, e quando há, não existem vagas suficientes para receber a população, o que torna o tempo de espera muito longo e prejudicial, pois fragmenta a continuidade do tratamento. Destaca-se justamente essa contradição vivenciada no contexto brasileiro, em que há um investimento financeiro para o tratamento, mas pouca atenção para prevenção e cuidados posteriores à passagem desse

indivíduo pelo CAPS. Aponta, ainda, como proposta a construção de redes de políticas sociais que oportunizem a vivência dessas pessoas como protagonistas de sua história, mesmo que a decisão seja por continuar um uso moderado de alguma SPA. “[...] Se isso não acontecer, ele tem sérios riscos de recair e ficar entregue ao fenômeno anacrônico da invisibilidade social, despatriado da sua história” (SILVA, 2011, p. 38).

É preciso pensar a política para além do alcance daqueles que estão em condição de dependentes químicos; a esfera da prevenção articulada às políticas sociais com enfoque na intersetorialidade; o preparo acadêmico dos profissionais das diversas áreas, porque o (a) usuário (a) é também usuário (a) das demais políticas públicas; a capacitação continuada, que pode ser estabelecida pela educação permanente; a troca de experiências e saberes entre os profissionais, no processo de tratamento, para que o (a) usuário (a) passe a ter acesso necessário às políticas e no momento de sua desvinculação do CAPS.

O trabalho interdisciplinar e intersetorial tem a capacidade de amplificar o “cuidado”, além de alargar as possibilidades para que o indivíduo decida quais as suas necessidades de saúde, o que os torna sujeitos políticos ativos, que contribuem para o fortalecimento da rede.

4.2.9 Sobre a Rede

Sobre o funcionamento da **rede** de serviços existentes para o atendimento a usuários de álcool e outras drogas, a maior parte dos profissionais descreveu o fluxo da rede de atendimento psicossocial. Além disso, constatou-se como vem sendo apresentado nos diversos estudos a imensa dificuldade de se estabelecer um atendimento integral aos (às) usuários (as). Primeiro, a falta de intersetorialidade entre as políticas sociais, que ocorre tanto pela falta de conhecimento de como funciona e o objetivo dos serviços, como também a falta de uma comunicação entre eles. Em segundo ponto, existe um preconceito quando se trata de usuários de substâncias psicoativas, o que muitas vezes limita a inserção destes apenas aos serviços especializados, fator que reforça a não garantia de direitos estabelecidos no SUS e das premissas que orientam a política de saúde mental, conforme demonstra o depoimento da profissional a seguir.

[...] tem as UPA, a SAMU, O CAPS AD, ambulatório em saúde mental, posto de saúde. Sendo que o ambulatório não faz mais o serviço; o posto de saúde os usuários não procuram mais porque não vai ter sigilo, desde a gerência até o agente de saúde (MARGARET, 2016).

O acesso ao serviço de atenção básica é direito de todo e qualquer brasileiro, deste modo, proporcionar o tratamento é garantir medicamentos; a atenção comunitária, que forma o conjunto comunidade, família e usuário (a) no território; propiciar a educação em saúde; promoção e prevenção em saúde; consultas; encaminhamentos. E deve ser proporcionada preservando-se o sigilo dos casos. Além disso, a atuação da Atenção Básica é essencial no campo da saúde mental; as limitações são visíveis, mas a articulação é necessária, pois “[...] oferece um conjunto integrado de ações de saúde, no nível individual e coletivo, incluindo a promoção, proteção e reabilitação da saúde, na prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde significativos na população (BRASIL, 2006 apud SILVA et al., 2012, p. 147).

Com as explicações a seguir podemos presumir que vem ocorrendo a falta de integralidade nas ações e serviços de saúde; o indivíduo passa a ser visto como um ser fragmentado, e em que nem mesmo as condições de saúde-doença são percebidas e tratadas, justamente porque o que importa nas avaliações é a sua condição de usuário (a) de SPA. Para a entrevistada “Barbie, 2016” a falta do cuidado territorializado desemboca no agravamento de questões que poderiam ser resolvidas/tratadas ainda no território, sem a necessidade de um encaminhamento futuro para os serviços especializados.

[...] não entende que o cuidado pode ser feito no dia a dia no território, o que impossibilita um agente de saúde fazer um acompanhamento a domicílio? E na própria unidade básica, o enfermeiro. O médico da família está acompanhando essas situações? Então, percebemos que não funciona porque eles direcionam apenas para um serviço ou urgência, porque a pessoa às vezes está justamente sobre efeito e acaba da urgência para o CAPS AD, e às vezes essa pessoa não consegue ter esse acompanhamento em outro local. A questão AD é ampla, são vários fatores que influenciam na vida da pessoa (BARBIE, 2016).

Por isso, é preciso reforçar que a integralidade não tem como ser realizada jamais em um único serviço, “[...] Aliás, [...] integralidade é objetivo de rede [...]” (CECILIO, s/a, p.6). E o próprio SUS preceitua que a integralidade é um dos elementos norteador das ações.

Os entrevistados esclarecem a estrutura da rede que é proposta pela política, de acordo com a complexidade que cada serviço está apto para atender:

[...] os casos leves são tratados na unidade básica de saúde, que tem o clínico geral de lá tratando os casos leves de transtorno mental quanto de dependência química;

os casos de moderado a grave que são tratados nos ambulatorios, cada unidade de saúde, cada região das unidades de saúde tem um ambulatorio de saúde mental. [...] a diferença do ambulatorio para o CAPS é que não tem equipe multidisciplinar, psiquiatra e o psicólogo, então a pessoa vai para o ambulatorio referência, daí vai ser acompanhada por um psiquiatra e um psicólogo são os casos moderados tanto de transtorno mental, o controle dependência química e os casos graves são tratados no CAPS [...] (CLOVER, 2016).

Porém, infelizmente podemos constatar a fragilidade desses serviços, por diversas questões, entre as quais se destacam nos depoimentos:

Aquilo que eu falei em relação ao SUS: é um sistema filosoficamente perfeito, mas sucateado, [...] a gente sofre abalos profundos com essa questão de descaso com a saúde, uma rede fragilizada, uma rede que não está integralizada, uma rede que precisa ser ampliada e, [...] uma rede que estar com risco de deixar de ser pública para ser terceirizada, que é outro aspecto que a gente tá vivendo [...] Não se acha os meios adequados para lutar contra isso porque não depende de um grupo e não depende de uma só pessoa, de uma categoria, depende da população mesmo [...] (PENÉLOPE, 2016).

Funciona de forma assim se você chegar a uma unidade básica de saúde ou a um CAPS mental e é um paciente mental que faça o uso de maconha, daí já mandam para o CAPS AD. Em conversa com uma funcionária de UPA, chegou na urgência um paciente com dor abdominal, mas era mental, [...] então a funcionaria informou que não poderia atender lá, teria que mandar para uma unidade psiquiátrica; foi questionado o porquê, já que ele estaria com dor abdominal. Chegam até a tratar e mandam para o CAPS AD. Hoje você vê *[sic]* pessoa mental que tem um problema sério de isolamento; [...] um CAPS AD que é um final de linha, a ação tem começar na unidade básica de saúde, e não é só pelos profissionais de saúde, são as demais instituições, em cada comunidade dessa que tem começar a discutir a questão da droga. Em um levantamento próprio nos prontuários que estão na ativa, [em] 90% dos casos o usuário começou a fazer uso entre 10 e 12 anos de idade, então tem que ser discutida mais à frente nas diversas instituições de saúde, igreja, escola, a diversas instituições, a família [...]. Vai esperar o paciente ficar detonado para chegar no CAPS, que é fim de linha, quando ele já está 20, 30 anos da vida dele, então se torna um paciente muito mais caro (LULUZINHA, 2016).

Oliveira (2011b) chama a atenção para a construção e consolidação de redes assistenciais descentralizadas, em observância com as desigualdades territoriais, ou seja, a possível produção de serviços que focalizem as demandas para a atenção integral de álcool e outras drogas, assim como outros setores sociais, como educação, Justiça, lazer, cultura. Nesse ponto, foram destacados pelos entrevistados,

[...] quanto às suas portarias, diretrizes e políticas em si, é uma política muito potente que realmente, se a gente conseguisse tornar real o que a política vem pautando a gente, teria serviços de excelência em álcool e drogas. Os nossos pontos de apoio: tem um consultório na rua, um dos dispositivos que a gente mais consegue ter mais diálogo e consegue ver resultados mais próximos; [...] a maior dificuldade em relação à rede é a urgência mental, que não tem compreendido qual o seu caráter, [...]; a saúde pública em si passa por um processo de precarização muito sistemático, histórico, a gente vê a perda de direitos sociais relacionados à saúde e os equipamentos e serviços cada vez mais precarizados, e as pessoas [que] aparecem para urgência, para a atenção básica não tem suporte necessário; eu acho que a rede

está muito fragilizada em relação ao número de profissionais, fragilizado em relação ao vínculo empregatício desses profissionais, a maioria contratado, resultado de oito anos sem concursos públicos na área de saúde, o último foi em 2008; a rede tá fragilizada pela baixa remuneração, pela desmotivação dos profissionais; [...] é um estigma há muito preconceito e as pessoas não querem trabalhar com esse povo (CAILLOU, 2016).

Torna-se fundamental potencializar as ações da atenção primária, e fortalecer o vínculo entre os CAPS e as UBS, principais portas de entrada dos (as) usuários (as) de SPA; discutir como tem sido a acessibilidade a esses equipamentos; desmistificar a proposta da redução de danos entre os profissionais e agentes de saúde, como uma estratégia que poderá contribuir para mapear na comunidade pontos de recorrente uso de substâncias psicoativas, e levar saúde para àquela população que não se sente abarcada nos espaços institucionais.

4.2.10. Sobre a percepção das diferenças de gênero

Se pegarmos o dado discutido no item anterior e incluirmos de forma específica as mulheres usuárias de drogas encontraremos um dado preocupante, pois se usuários homens em alguns casos não conseguem acessar serviços públicos de saúde, assistência, e outros, o público feminino – pelas disparidades de gênero presentes na sociedade – sente ainda mais os resquícios dessa discriminação, que reforça um pensamento moralizador e desviante dessas mulheres que fazem uso de alguma substância, principalmente ilícita.

A pesquisa de Santos (2014) demonstra a partir da análise dos dados do consolidado²⁴ do PRD de 2013 que a população usuária de drogas está distribuída entre as oito regiões de saúde²⁵; dentre as drogas mais utilizadas estão: o álcool, o tabaco e a maconha, apenas em algumas regiões aparecem o uso da cocaína e do crack. Percebeu-se nesse estudo a

²⁴Mapa de campo no qual são descritos os dados referentes à abordagem individual ou grupal realizada pela equipe de redutores de danos nos atendimentos realizados nas ruas ou instituições da cidade, neste são descritos: o sexo, idade, nome (que pode ser fictício), droga de uso, distribuição de insumos, encaminhamentos, e outras atividades.

²⁵A 1ª Região de saúde se constitui dos seguintes bairros: Atalaia, Santa Tereza, Augusto Franco, Areia Branca, Mosqueiro, Robalo – caracterizada como uma região praiana, zona de expansão da cidade. A 2ª Região é composta pelos bairros Santa Maria, Terra Dura, Orlando Dantas, São Conrado, Padre Pedro, situados na zona sul da capital. A 3ª Região é composta pelos bairros Coroa do Meio, Médici, Grageru, Luzia, Jardins – zona sul da capital. A 5ª Região é delimitada pelos bairros Getúlio Vargas, Centro, Bairro Industrial, Suíça, Santo Antônio – região central da cidade. A 6ª Região compreende o 18 do Forte, Japãozinho, Porto Dantas, Santos Dumont, Coqueiral. A 7ª Região é composta pelos bairros José Conrado de Araújo, Almirante Tamandaré, Santos Dumont e Getimana. Já a 8ª Região é distribuída entre os bairros Bugio, Soledade, Jardim Centenário, Veneza, Lamarão.

predominância de homens atendidos, porém, a presença feminina constava nas anotações da equipe, e em algumas regiões quase de forma equiparada ao do sexo masculino, como destacado na 3ª região, denominada rota dos prostíbulos, onde foi observado o alto índice de mulheres usuárias de algum tipo de substância psicoativa.

4.2.11 Diferenças em relação ao uso de drogas pelos públicos feminino e masculino

Os profissionais da área da saúde executam em suas práticas diárias as atividades com relativa autonomia na tomada de decisões e se confrontam simultaneamente com diferentes percepções técnicas, especialidades dos distintos trabalhos que também possuem suas apropriações teórico-técnicas, e todo esse conjunto resulta na compreensão da necessidade de saúde dos (as) usuários (as).

Os profissionais percebem a demanda mais elevada de homens nos serviços e reconhecem que há um número diminuto de mulheres, isso decorrente de diversos fatores, entre os quais podemos destacar a falta de apoio familiar, que é diferenciado para o homem, os papéis sociais historicamente atribuídos, o estigma que se torna muito mais visível e prejudicial para a mulher. O entrevistado Tom entende essa questão sob o aspecto quantitativo ao afirmar que “O número de homens é maior e por isso não consigo observar diferenças, acho que são as mesmas situações” (TOM, 2016).

O depoimento de “TOM, 2016” mostra que, pela frequência elevada de homens que acessam o CAPS AD, a presença ou não de mulheres nesse serviço fica praticamente invisível, ou seja, não se observa. Nesse primeiro momento uma diferenciação que acarrete danos e consequências diferenciadas entre os públicos. Isso pode aumentar a vulnerabilidade das mulheres, que muitas vezes chegam ao equipamento social fragilizada por outras demandas, como violências (física, sexual, patriarcal, psicológica), abusos, desamparo familiar. A entrevistada Clover compreende essa questão a partir do seguinte enfoque:

[...] uma das questões que leva poucas mulheres a aderirem esses serviços é exatamente a quantidade de homens usuários. Isso retrai um pouco elas de virem para cá; eu não sei quem foi que nasceu primeiro, se foi a pouca adesão das mulheres ou a menor quantidade de usuário de droga, ou se é o serviço, que tem muitos homens, isso reprime um pouco as mulheres de virem para cá [...] (CLOVER, 2016).

Oliveira, Paiva e Valente (2006) questionam a homogeneização dos usuários (as), ou seja, é preciso pensar tratamentos, intervenções e ações específicas para cada público, isto não significa segregar os serviços especializados, mas observar as múltiplas demandas que chegam a essas instituições, onde não é possível estabelecer uma classificação unívoca, como se estes pertencessem a uma mesma categoria social e pudessem ser vistos sob um mesmo enfoque. Por esse motivo é importante pontuar nas palavras das autoras que:

[...] Mulheres com problemas de uso e abuso de drogas têm apresentado situações e necessidades específicas, que nem sempre são reconhecidas e satisfeitas pelos serviços destinados à assistência de pessoas usuárias de drogas. Estas situações e necessidades, de um modo geral, estão associadas com: gravidez; responsabilidades nos cuidados com crianças; trabalho com sexo; traumas decorrentes de abuso físico e sexual experiência na infância e/ou adolescência; o sistema judiciário; e, ainda, com níveis mais altos de problemas de saúde mental e crônica em relação aos homens (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006, p.474).

Verificou-se na literatura como um dos fatores que também inviabilizam o acesso e o tratamento das mulheres usuárias de SPA o cuidado com os filhos, ainda lhes atribuído; por outro lado, em alguns casos, o cuidado dos filhos é relegado por essas. Silva (2013) assevera que esse dado pode estar relacionado com a condição socioeconômica. Desta forma, disponibilizar no território equipamentos sociais como creches, berçários, escolas ampliaria a possibilidade de estratégias para assegurar o tratamento. O entrevistado Caillou apresenta quantitativamente o público do CAPS AD relacionando-o a não participação/adesão feminina nesse espaço, conforme podemos observar em seu depoimento:

Sim, tanto é que se você observar a gente deve ter 270 homens aqui e 30 mulheres, tô falando aqui de forma geral [...], eu fiz um levantamento com psicóloga e a gente tá fazendo um grupo de sexualidade com mulheres, e a gente fez um levantamento assim e tá em torno de 30 mulheres inativas no serviço, porque tem aquelas que vêm de forma mais eventual e não vincula tão bem, e aquelas que realmente estão vinculando; tem coisas de 10 mulheres, é muito pouco [...], a mulher tem habilidade de resiliência, é muito forte. Se você for olhar a mulher, ela é muito mais sobrecarregada, ela sofre muito mais exigências sociais de ser mãe, de ser trabalhadora, de cuidar de filho, de sobrinho, de casa, enfim. [...] tantas pressões sociais, dos papéis sociais, os homens não, de forma geral muito tem uma tolerância [...] (CAILLOU, 2016).

Diante do exposto, é preciso assinalar que a mulher é sobrecarregada de múltiplas funções, e a partir da sua inserção no mercado de trabalho ocorre o acúmulo de atribuições diárias, isto é, a tripla jornada de trabalho e a subvalorização, que consequentemente contribuem com o adoecimento e drogadição feminina. “Uma vez usuárias de drogas, as mulheres têm reafirmado um espaço de desvantagem social, que fomenta a marginalização e a

exclusão, agravando o desgaste das relações com a família e dificultando o convívio social [...]” (MENDES; CUNHA; NOGUEIRA, 2011 apud SOUZA, 2013, p. 82).

Silva (2013), parafraseando Smith (1986) e Zilberman (1998), declara que ao contrário dos homens, as mulheres buscam o serviço de forma espontânea e individual, enquanto que os homens recebem o apoio familiar e social por meio da rede de amigos.

A falta dessa rede de colaboração e suporte pode se tornar e se torna um empecilho para a continuidade do tratamento, fator que colabora para a compreensão do alto índice de desistência do tratamento entre o público feminino. Essa hipótese é reforçada pelo depoimento do entrevistado que afirma,

Nesses quatro anos de CAPS AD houve uma redução do sexo feminino, o uso do álcool ou droga feito pela mulher geralmente é para lidar com a violência doméstica, outras utilizam por motivos de separação, outras por desligamento familiar, onde muitas fazem programas e utilizam o crack por ser mais barato. E a maioria que frequenta o CAPS é por motivos do companheiro que frequenta. Os homens geralmente usam as mulheres por interesses próprios como a renda delas, prostituição (MARGARET, 2016).

É importante salientar que a partir de construções históricas e sociais acredita-se que o laço afetivo da mulher com o homem usuário tem relação com a postura de cuidado assumida por elas, e que a iniciação do uso por elas tem a ver com a sua subordinação ao parceiro.

Existe a hipótese de que mulheres vinculadas a parceiros usuários e mulheres usuárias de drogas mantêm uma rotina sexual desprevenida, fator que aumenta os agravos sobre a saúde, como é o caso de maior probabilidade de contaminação com doenças sexualmente transmissíveis. Nesse caso, Oliveira, Paiva e Valente (2006) argumentam que essas mulheres têm uma resistência na hora de buscar os serviços de saúde com medo de serem identificadas enquanto usuárias e portadoras de DSTs ou AIDS.

Zilberman (1998) salienta que, ao buscarem serviços não-especializados, as mulheres de um modo geral não possuem diagnóstico correto em relação ao uso de drogas, por apresentarem queixas vagas de saúde e sentimentos de vergonha decorrentes do estigma social a que estão submetidas. Por isso, em se tratando de um serviço voltado para a atenção a usuários de álcool e outras drogas, cuja iniciativa das mulheres na procura por atendimento apresenta-se permeada de obstáculos diversos, alguns dos quais analisados neste estudo, e outros inclusive de natureza subjetiva (FONTANELLA e TURATO, 2002), identificamos a necessidade de discutir o acolhimento enquanto dispositivo também voltado às singularidades de gênero. Isso porque, como esse é o primeiro contato que a usuária tem com o serviço e o início da construção do seu vínculo com o mesmo, entendemos que, quando esse contato não é de boa qualidade, pode acarretar na perda de outras oportunidades de acesso ao serviço de saúde, configurando-se como uma barreira para o mesmo (SILVA, 2013, p. 33-34).

Neste sentido, por haver uma clara predominância do público masculino, algumas mulheres, a depender da sua história de vida, podem criar receios, temores, que se tornam uma barreira de acesso ao tratamento, justamente por sentirem-se intimidadas pelo quantitativo de homens presentes no espaço.

[...] Apesar da relação com o companheiro não ter sido apontada diretamente como barreira ao acesso da mulher ao serviço, identificou-se entre os trabalhadores que, ao chegar ao CAPS AD Primavera, as usuárias facilmente iniciam um relacionamento afetivo com os homens inseridos neste, o que favorece novos encontros com a droga, dificultando muitas vezes a continuidade do tratamento. Entretanto, outra questão que merece maior investigação é o fato de que, em outras situações, por já terem vivenciado histórias de violência doméstica, algumas mulheres podem ter dificuldade de acessar o serviço, visto que neste há um predomínio da população masculina (SILVA, 2013, p. 26).

Disso decorre a necessidade de pensar estratégias entre os profissionais para que esse não seja um motivo de limitação do acesso das mulheres ao CAPS AD. Além disso, as mulheres não recebem o apoio do companheiro, e que esses se opõem ao tratamento. É importante pontuar que existem outros fatores de risco para as mulheres usuárias de álcool e outras drogas, entre eles pontua-se o período gestacional, conforme destaca o entrevistado “Bobby, 2016”:

Sim, realmente a gente trabalha com número maior de homens, mas acho que o número de mulheres está crescendo bastante no uso de drogas e álcool. A diferença é que na mulher tem toda uma questão, pelo fato de às vezes ela estar grávida, o que se torna mais arriscado quando ela não consegue manter o controle [...] e mesmo diante de uma de DST [...] (BOBBY, 2016).

Neste sentido, observam-se os fatores de risco que permeiam o cotidiano da mulher usuária de drogas, características que precisam de intervenções clínicas mais elaboradas para que não desencadeiem maior gravidade. A exemplo do cuidado e orientação da mulher grávida, que pode, a depender do caso, envolver questões com a Justiça, implicar conflitos familiares; e também a mulher portadora de alguma doença sexualmente transmissível, que implica não só no cuidado e tratamento pessoal, mas também do parceiro. A entrevistada Penélope reitera que,

Culturalmente, o homem foi educado diferente da mulher. Nas mulheres, justamente que mais chegam a usar drogas, principalmente o álcool, a gente percebe que elas assumem uma postura muito masculina [...]. Os homens têm um perfil muito maior para o uso da substância do que as mulheres, porque elas sempre foram reprimidas [...]. É justamente essa liberdade que a mulher não teve que passar até agora, de ir para onde quer ir, fazer o que quer, lidar com o lado externo, fora de suas casas; e toda cultura ao longo do tempo fez com que a mulher não entendesse essa liberdade,

essa saída dela para rua, essa exposição em todos os fatores de risco. Não era para igualar ao que os homens fazem, [...] ela não deve se referenciar, principalmente, porque mais do que o homem a mulher tem motivos suficientes para poder se drogar. Se a gente for olhar o aspecto da valorização, a mulher é muito mais reprimida, muito mais desvalorizada nessa sociedade e nem por isso você vê o número de mulheres ser maior do que o de homens, mas tá começando [...] (PENÉLOPE, 2016).

A partir dos dados apresentados é possível reconhecer que existem barreiras culturais que dificultam e inviabilizam tanto o acesso como a permanência de mulheres nesses espaços de atendimento especializado para álcool e outras drogas. Isto é, um estigma social criado em torno da mulher usuária de SPA, atestado pelo preconceito e discriminação, existe sim culturalmente imposto um reforço à disparidade social dessas mulheres: “[...] há uma maior preocupação com relação à auto-imagem ao expor-se a um tratamento em que terá que se deparar com outras pessoas” (MONTEIRO et al., 2010, p.320 apud SILVA et al., 2012, p. 45).

Além disso, há também uma fragilidade na formação profissional dos trabalhadores responsáveis pelo atendimento dessas mulheres, como coloca a entrevistada “Paty, 2016”, “aqui no CAPS tem mais homens que mulheres, até agora não tive muita experiência com pessoas drogadas, até agora não vejo diferença” (PATY, 2016).

Percebe-se que a demanda de gênero representa um desafio que requer uma atenção especializada da sociedade, dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários (as) da política pública de saúde, em particular.

4.2.12. Atividades/ações para os diversos públicos (homens e mulheres) assistidos pelo CAPS AD

Por haver um número pequeno de mulheres, não existem atividades específicas dirigidas a esse público no CAPS AD Primavera; isso aparece como um fato que pode provocar a falta de regularidade das mulheres nas atividades ofertadas, e também um fator que gera a desistência do tratamento.

Porém, foi relatado por uma das entrevistadas que houve um momento que o CAPS ofertou atividades distintas, e a possibilidade de retorno desse grupo já está sendo discutida entre a equipe, justamente no sentido de incentivar a adesão feminina. De acordo com os depoentes:

Já houve grupos específicos voltados para mulheres feito pela psicóloga e a assistente social, mas deixou de existir em 2013. Já houveram também oficinas pontuais, escuta psicológica feito por 2 profissionais, mas foi descontinuada pela saída dos mesmos; houveram também as oficinas manuais voltadas para o público feminino voltada para geração de renda (MARGARET, 2016).

Tem oficinas que a gente pode enquadrar mulheres, mas tem oficinas que são dedicadas mais para o público masculino [...], porque a demanda do público feminino é menor e não teria uma quantidade suficiente para ofertar (BOBBY, 2016).

Aqui vale destacar que não se tratar de enquadrar a mulher aquilo que está proposto entre as atividades para o atendimento de ambos os públicos, mas de estudar, analisar e compreender quais as demandas objetivas e subjetivas que envolvem as relações sociais dos (as) usuários (as) que integram o serviço ali ofertado. Entende-se que o trabalho de adesão feminina e até mesmo masculina nesses serviços perpassam a constituição de processos que englobem a sua realidade cotidiana, seus projetos de vida e as suas trajetórias sócio-históricas que o trouxeram até ali.

O depoimento a seguir já demonstra a preocupação em lidar com uma dessas dimensões ao assinalar a proposta de uma oficina sobre violência, porém, é preciso trabalhar aspectos que tornem essas mulheres autônomas e conscientes dos mecanismos de defesa de direitos e da rede disponível para atendê-las, além disso, é relevante destacar que o (a) protagonista da violência também seja trabalhado (a) e responsabilizado.

Até então não, inclusive está pensando em fazer uma oficina de sexualidade, justamente é o maior risco da mulher que no aspecto da sexualidade, da violência, a violência sexual ainda é maior na mulher, a violência intradomiciliar é sempre maior do homem para com a mulher [...]. A oficina da sexualidade é uma proposta [que] tem focado principalmente tentar dar uma atenção diferenciada ao gênero feminino, mas até então não é tudo igual (PENÉLOPE, 2016).

Tudo depende do PTS (Projeto Terapêutico Singular) e das Assembleias dos usuários; na Assembleia sinalizam o que eles querem, inclusive as mulheres, só que a gente sente que a minoria das mulheres acabam se colocando nesse espaço; e também tem um PTS, que é sentar junto com o seu usuário. Qual o seu projeto terapêutico [*sic*] vai que você busca para sua vida? E nesse caminho, independente do gênero, é claro que gênero é uma variável que vai interferir em algumas situações, mas ele traz consigo um projeto de vida enquanto ser humano [...], às vezes observa que muitas mulheres que estão aqui no CAPS e elas acabam assumindo um comportamento sem perceber, não sei, um comportamento mais masculino para se firmar aqui nesse espaço; [...] se você observar as mulheres, algumas mulheres, elas constroem uma armadura para se proteger, não sei se a vivência de rua em que e elas acabam sendo mais endurecidas para poder suportar [...] (CAILLOU, 2016).

Neste caso, percebe-se também a relevância de se atentar para as particularidades trazidas pelas mulheres, que muitas vezes passam despercebidas pelo número inferior de

usuárias que frequentam os serviços. Ou seja, a disparidade numérica entre os dois públicos ocasiona, mesmo que de forma não intencional, a desatenção às especificidades trazidas por mulheres, que muitas vezes ultrapassam a proposta do CAPS AD. “[...] acreditamos que esse pode ser um dos motivos de impedimento à vinda das mulheres ao serviço, [...] muitas delas possuem conflitos com os parceiros, inclusive com história de violência doméstica e, nesse caso, a predominância de homens pode inibi-las [...]” (SILVA, 2013, p. 35-36).

Esses elementos também foram apontados como uns dos fatores que podem cercear a participação mais ativa do público feminino no CAPS AD Primavera, pois observa-se que este espaço recebe de forma mais ativa homens, o que torna o ambiente um pouco masculinizado, e consequentemente as demandas masculinas acabam sendo mais visíveis e atendidas. Por outro lado o depoimento a seguir analisa que no tocante ao reconhecimento de direitos a mulher se comporta de forma mais empoderada, ao mesmo tempo em que dentro desses serviços elas se retraem em decorrência do número elevado do público masculino.

[...] acho elas muito mais em empoderadas do que os homens[...]. Claro que se você for analisar a dinâmica de grupo, [...] é possível que as mulheres se sintam um pouco mais retraídas, por questões muito íntimas delas, por ser mulher no universo masculino; mas em contrapartida, a maioria quase que absoluta dos cuidadores são mulheres, e aí essa relação da mulher cuidando acaba abrindo, desconstruindo muitos processos, assim, de machismo. As profissionais aqui acabam pautando a importância dessa horizontalidade, de se respeitar uma mulher. Eu não acho que isso venha causar intimidação não nas mulheres; assim, eu tenho muito medo dessas políticas setoriais. [...] os CAPS devem construir estratégias em ofertas para contemplar a diversidade das pessoas, [...] que contemplem toda diversidade da demanda (CAILLOU, 2016).

Os elementos apresentados nos ajudam a compreender melhor a questão da importância da transversalidade de gênero nas políticas públicas, revelam, sobretudo, a urgência de abordagens que foquem e trabalhem as especificidades que englobam o público de álcool e drogas, no sentido de viabilizar, fortalecer e favorecer a maior adesão ao serviço de saúde.

Dentro do roteiro delimitado, sentiu-se a necessidade de saber se a questão do número de usuários que utiliza esse serviço é menor porque mulheres usam menos drogas ou porque elas não se sentem à vontade no CAPS. O que mostrou-se contraditório, pois se sabe por meio de outras pesquisas que as mulheres buscam precocemente os serviços de atenção primária à saúde, e essas têm um maior cuidado e realizam as ações preventivas, ao contrário dos homens, como descrito pelo profissional “Caillou, 2016”, que destacou a criação da Política Nacional de Saúde do Homem, justamente para tentar reverter o quadro de “negligência” à saúde culturalmente praticada por eles. “[...] e aí, contraditoriamente, no AD

existem poucas mulheres... E isso me faz crer que existem menos mulheres fazendo uso de drogas, porque se existissem mais elas estão buscando cuidado [...]” (CAILLOU, 2016).

Porém, conforme já citado em outro momento, quando se trata do serviço especializado em álcool e outras drogas a demanda feminina decai, e, embora já citado, o estigma e o receio são fatores que interferem de forma significativa no cuidado em saúde voltado para a dependência química.

E, como já destacado, o número de mulheres usuárias de algum tipo de substância ilícita tem crescido, com efeito, o número de abusos e dependência química.

4.2.13. Desigualdades/discriminações de gênero sofridas enquanto profissionais atuantes nesse espaço

Reconhece-se que este espaço de atuação tem uma relevância social, como também é sobrecarregado de uma série de conflitos que torna esse trabalho exaustivo. Considerou-se importante destacar por parte dos profissionais as experiências vividas com episódios de preconceito pela questão do gênero, tanto por parte dos colegas como por parte dos usuários. A entrevista “Patty, 2016” destaca que nesse ambiente de predominância masculina “é mais difícil porque é necessário ter uma certa postura, e uma relação de respeito” (PATY, 2016).

Como bem colocado por Silva (2011, p. 40):

[...] destaco a necessidade do cuidado em relação à equipe clínica que trabalha na linha de frente de tratamento com dependentes de drogas. A capacitação sistematizada e contínua é fundamental, assim como as supervisões clínicas. As principais funções desses profissionais são de facilitadores e colaboradores úteis. É necessário, a todo o momento, cuidar da nossa “síndrome de salvador” ou desejo ilimitado de “fazer tudo”. Nosso papel é o de motivar e encorajar o indivíduo e a família no resgate ou construção de suas competências sem rotular e estigmatizar. Estabelecer limites claros, evitar confrontos e, principalmente, identificar e dominar as nossas reações e os nossos próprios preconceitos.

Apesar de este não ser um fator que limite a atuação da profissional do sexo feminino dentro do CAPS AD, pôde-se perceber por meio dos relatos que em algumas situações, infelizmente, recorreu-se ao profissional do sexo masculino para o controle de determinadas situações conflitantes que ocorreram na instituição. Segundo o entrevistado “Bobby, 2016” “o profissional homem tem mais jeito de abordar assuntos masculinos” (BOBBY, 2016), esse relato acaba traduzindo na contemporaneidade a cultura do patriarcado que delimita aquilo

que é de competência masculina e feminina nos espaços da sociedade, o que infelizmente reascende o machismo. Outros depoentes afirmam que,

Ser homem aqui é muito mais fácil em qualquer lugar da sociedade, e aqui é gritante, se eu falo e se uma colega fala, os usuários reagem de uma forma. Se vem uma mulher falar, eles reagem de outra forma... As duas intervenções, [...] As profissionais chamaram a gente para fazer algumas conversas, é triste, e isso nem sempre acontece; assim, a equipe tem essa clareza, e algumas situações as mulheres aqui são muito fortes, profissionais, e elas bancam, mas é nítido quanto eles respeitam mais os homens do que as mulheres [...]; e, assim, tem vários usuários que são tidos como os problemáticos, aqueles que geram tumulto, confusão, desrespeitam, falam alto e aí quando chega homem eles abaixam a voz [...]. Às vezes a gente, estrategicamente em alguns casos de usuários mais hostis, a gente acaba [por] usar mais essa figura masculina, para que ele recue [...] (CAILLOU, 2016).

Creio eu na questão da mulher que ela fica mais exposta por ter alguns usuários que chegam exaltados, sob o efeito da droga; até então eles não respeitam e querem intimidar. Mas a questão técnica em si, tanto homens quanto mulher como profissional, não vejo diferença (BOBBY, 2016).

[...] a gente percebe que eles hoje respeitam, apesar de ser mulher, então, assim, eu acho que seria, é mais fácil para o homem, é fato; mas não é que a mulher não consiga, cabe a ela saber também se impor, [...] não é fácil [...]; há pouco tempo mesmo uma colega foi assediada, e a gente teve que fazer intervenção (PENÉLOPE, 2016).

A partir dos depoimentos podemos analisar que as questões culturais quanto às figuras feminina e masculina infelizmente se fazem presentes diante de algumas situações mais conflitantes, ou quando o (a) usuário (a) chega sob o efeito da substância. E apesar de contraditoriamente, se comparado ao número de usuários (as), existam mais profissionais mulheres, a figura do homem causa um efeito de ordem, de poder e de controle diante de alguns episódios de desrespeito. Apesar disso, percebe-se que não existem diferenças quanto às competências e atribuições profissionais exercidas por ambos os trabalhadores, que se mostraram bem conectados quanto às temáticas relacionadas às drogas, à política e às intervenções.

Alguns citaram que não existem diferenças que impossibilitem o trabalho, o que ocorre mesmo é a falta de perfil profissional e pessoal para a atuação na área, fator que aparece como potencializador de ações preconceituosas, o que prejudica em certo grau o desenvolvimento das ações preventivas e de tratamento. Para entrevistada “Luluzinha, 2016”, “não há nenhuma diferença, porque há profissionais que desenvolvem muito bem a atividade, assim como há pessoas que têm dificuldade por não ter perfil para realizar a demanda da unidade ou daquele trabalho” (LULUZINHA, 2016).

Embora as mulheres tenham conquistado novos espaços, a cultura machista infelizmente ainda repercute por meio da naturalização das diferenças nos discursos, práticas

e posicionamentos dos (as) profissionais e usuários (as), para aqueles que acreditam que deve haver limitação entre o espaço público, que culturalmente é destinado ao homem e o espaço do privado, para a mulher.

Há o apontamento de estudos quanto à necessidade de realização de uma avaliação sobre a inserção das mulheres nas profissões, com o enfoque de investigar as configurações de gênero no ambiente de trabalho, se as discriminações sofridas têm relação com o ser mulher na sociedade e se essas variáveis influenciam de modo negativo a carreira profissional destas. Análises nesse sentido poderiam contribuir para revelar as desigualdades sociais de todos os âmbitos e que poderiam e deveriam ser evitadas ou mesmo minimizadas.

4.2.14. Sobre a política e os direitos sociais

O uso de drogas é uma questão delicada que deve ser discutida com a sociedade de forma sincera, menos intolerante e sem preconceitos. Caso contrário, teremos dificuldades para estabelecer políticas assertivas e eficazes para reduzir o consumo e as consequências do uso abusivo e indevido de drogas entre as mulheres. Questionados sobre a possibilidade de mudança na política de atenção integral aos usuários (as) de álcool e drogas para que o atendimento melhorasse e os direitos sociais pudessem ser assegurados, os entrevistados ressaltaram a questão de pôr em prática aquilo que as normatizações preceituam. Para a entrevistada “Margaret, 2016”, “não se pensa nada em melhorar e, sim, executar e efetivar o que já existe, para observar e melhorar o que necessita” (MARGARET, 2016).

A ampliação do cuidado foi um dos destaques para esse item, pois, conforme a fala da entrevistada, por meio dos serviços territorializados em cada comunidade poderia se estabelecer estratégias de prevenção, proteção e promoção da saúde com o foco em álcool e outras drogas, pela proximidade do cotidiano dos moradores de cada região.

Já se tem algo bem-intencionado, por exemplo, aqui em Aracaju tem cobertura de 100% praticamente de PSF, isso haveria condições de todo esse território ter uma atenção voltada para o público de álcool e droga, já que é um público que, sim, tem se ampliado e aí se estivesse dentro das comunidades, numa atuação mais efetiva relacionada às famílias, adolescentes e até crianças, mesmos que já começam a ter contato, aos pais ao grupo em geral que fazem esse trabalho, acredito que seria mais efetivo. O CAPS AD é direcionado mais para adulto; é o único para a região de Aracaju toda e o município todo, e ainda que estivessem todas as pessoas, mesmo assim, não ia dar conta; então esse trabalho deveria realmente ser estendido nesse acompanhamento, nesse trabalho seria bem mais efetivo (BARBIE, 2016).

A articulação em rede intersetorial entre as políticas foi um dos itens citados como pontos de apoio, não só para o tratamento do usuário, mas para o desenvolvimento de novas possibilidades no projeto de vida desses, como, por exemplo, o acesso ao mercado de trabalho. Conforme destacam os depoimentos a seguir:

[...] teria que fortalecer as políticas da Assistência Social; são políticas reparadoras, são pessoas que elas não vão ascender socialmente de um dia pra noite, e a sociedade tem uma dívida histórica com essas pessoas, por “n” motivos; [...] e dar mais oportunidade para as pessoas de trabalho, enfim, se você conversar com vários colegas meus, você vai perceber que a droga não é a questão apenas, é a substância que os trazem aqui em um agravante de determinadas situações, mas são problemas sociais, afetivos [...] (CAILLOU, 2016).

Precisavam ser construídas na Política de Álcool e outras Drogas o retorno ao mercado de trabalho, a educação, a noções de cidadania para esclarecer para eles que, embora eles tenham vários direitos, eles têm seus deveres como cidadãos, como pais de famílias [...], de ressocialização; [...] o cuidado então tem que ser uma corrente, tem que trabalhar junto, onde direito de todos e deveres do Estado, mas [...] tem que ser todo mundo trabalhando junto para o bem comum na sociedade. Hoje em dia tem sofrido muito por questões de violência, na maioria das questões de violência tem as drogas envolvidas no meio, [...] envolver também educação, envolver trabalho, tem que envolver religião, tem que envolver família, as instituições sociais e lá no fundo a polícia a Justiça (CLOVER, 2016).

Opinou-se também que o aumento do número de ofertas de oficinas temáticas dentro do próprio CAPS AD deveria ser ofertado com maior variedade, para que as especificidades e o interesse dos usuários (as) pudessem ser contempladas. Para o entrevistado “Bobby, 2016”, “eu abriria mais opções para eles terem mais oportunidades, para aumentar a motivação, aumentar a oferta, as oficinas, para que não fique restrita” (BOBBY, 2016).

Em nível mais abrangente e global, questionou-se a operacionalização de algumas ações dentro da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, quanto à inserção dos usuários (as) em cursos, na tentativa de inseri-los no mercado de trabalho; para a entrevistada “Penélope, 2016” é necessário, antes de tudo, avaliar o contexto em que essa política vem sendo desenvolvida, a falta de investimentos do governo federal, tanto em âmbito dos investimentos nos serviços como na capacitação, aperfeiçoamento e remuneração dos profissionais, que acabam aquém das discussões.

Primeiro parar de achar que a condição da saúde mental ela pode ser desvinculada dos outros aspectos da vida humana [...], encaminhando ele para o trabalho, mas sem discutir o sistema onde essas pessoas serão inseridas. É muito bom profissionalizar uma pessoa, encaminhar, fazer entender que ela precisa correr atrás da vida, do projeto de vida dela, e o governo que não dá chance para as pessoas ter um emprego, o governo que remunera e não reconhece [que] quem trabalha aqui se esforça honestamente, um governo que não dá oportunidade para quem estuda. Eu não consigo ver como vai dar certo uma política, por melhor que ela seja, tenha boas

intenções dentro de um sistema falido de governo que nós temos aqui no âmbito nacional; [...] acho que na maturação nas discussões na visão que precisa ser amadurecida dentro da sociedade, dentro dos profissionais da área de saúde, de como lidar com a saúde mental, eu acho que pode se avançar sim, [...] o avanço pode ser capacitação das pessoas, dos novos profissionais que estão saindo das faculdades, dos profissionais que estão chegando ao sistema; [...] o que eles vão poder fazer quando ele se deparam com dificuldades? [...] (PENÉLOPE, 2016).

O cuidado em saúde não se estabelece isoladamente, é interativo e participativo, o acolhimento dos sujeitos é uma parte desse processo, que envolve a escuta da demanda em saúde e abrange inevitavelmente seu sofrimento e história de vida, esse componente é capaz de reduzir os impactos do adoecimento. Os elementos que permeiam o trabalho no cotidiano necessitam de aprofundamento teórico-crítico/reflexivo, para só assim pensar ações mais efetivas que correspondam às demandas aderidas pelo CAPS AD.

4.2.15 Desafios e limitação do CAPS para garantir a efetividade da política

Dentre os desafios postos no trabalho diário no CAPS AD e as limitações impostas, foram múltiplos os destaques apontados pelos profissionais. Entre as respostas encontraram-se a demanda por novos concursos públicos, efetivar aquilo que está no papel, pôr em prática política como um todo; e essa tem sido uma dificuldade constantemente apresentada em todas as variáveis referentes à política pública estudada. Além da educação permanente como um instrumento importantíssimo para a continuidade do trabalho, pois existe uma exigência alta dentro desse serviço, é o que descreve a entrevistada “MARGARET, 2016”.

[...] o principal desafio é fazer produzir saúde em um contexto social completamente adverso, que adoce as pessoas; entendeu, independente de condição social, pobre agrava muito mais; mas independente de classe social estamos todos adoecendo o ritmo de vida, as exigências sociais, a busca por realização pessoal, essas pressões sociais, elas nos adoecem, o ritmo de vida, mas o desafio é esse produzir saúde [...]. Ela é completamente desproporcional ao trabalho, a gente ganha muito pouco e é muito pouco investido na gente, pouco valorizado esse trabalho, e acaba desmotivando [...] (CAILLOU, 2016).

A rede aparece como um dos inviabilizadores da atenção integral aos (às) usuários (as), pois em alguns casos os serviços não especializados deixam o (a) usuário (a) restritos (as) aos atendimentos no CAPS AD, como retratam os depoimentos que seguem:

Depende, todo sistema que, não é só o sistema de saúde mental, ele precisa de um todo, o sistema de integralidade, a intersetorialidade é outro princípio do SUS; ela não existindo, não existe nem a integralidade entre rede e nem existe entre a rede saúde, com a intersetorialidade, que é ligada à assistência social, ao trabalho habitação, tudo tá envolvido; se você não tem esse aparato para dar sustentabilidade a esse indivíduo que tá voltando caminhar, que tá buscando se reerguer, se fixar em uma nova projeto de vida [...] (PENÉLOPE, 2016).

[...] é a reinserção social, porque infelizmente com o uso da substância, seja álcool ou outras drogas, ainda a aceitação é muito baixa, porque ninguém quer lidar com pessoas que tenham esse problema porque são aquelas que têm dificuldade de cumprimento de horário no trabalho, têm dificuldade no convívio doméstico [...] (BARBIE, 2016).

Neste aspecto, Ceccim (2005) trata das consultorias, apoios e assessorias como elementos de fundamental importância nesses serviços, pois a figura de um profissional externo que compreenda as características, peculiaridades da política que se expressam por meio dos serviços, traz um suporte para as ações cotidianas, discussões coletivas e maior interação entre profissionais e gestão da política em âmbito municipal, como é o caso. Ainda nesse âmbito Tom, o entrevistado, sinaliza que existe o “interesse institucional, questão salarial, e gestão” (TOM, 2016), dificultam o desenvolvimento das ações.

Para concluir o debate, torna-se necessário compreender que a temática do álcool e drogas é ampla e complexa, principalmente pelas construções sócio-históricas e culturais entorno do assunto, e esta é discutida em várias esferas da sociedade; muitos ainda são os “pré-conceitos” e os estigmas criados em relação aos (às) usuáries de SPAs. Chama-se a atenção para o fato de que o uso abusivo de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, têm se expandido de forma significativa e preocupante para todas as classes sociais, independentemente do sexo e idade.

[...] No entanto, o assunto sempre surge entremeado de traços de vulnerabilidade, riscos, estigma e marginalização germinados em uma sociedade que, não raramente, associa o uso de álcool e outras drogas à criminalidade, o que geram práticas antissociais e a existência de “tratamentos” ligados à exclusão/separação dos usuáries do convívio social. Todos esses fatores acabam por dificultar esse entrave entorno do uso abusivo e/ou dependência de substâncias (BRASIL, 2005 apud SILVA et al., 2012, p. 153).

Por isso, torna-se inadiável o debate articulado entre todas as políticas sociais, sobretudo no sentido de não delimitar o (a) usuário (a) à degradação física, psicológica e social, com a proposta de não segregá-lo (la) da sociabilidade, mas de fornecer subsídios estratégicos para o cuidado em saúde, acesso educacional, inserção no mercado de trabalho, respeitando suas singularidades. Isso é impensável sem a formação e capacitação dos

profissionais que atuam no contato direto com esse público, seja em CAPS, UBS, hospitais, escolas. Para finalizar, recorreremos à citação de Silva (2013, p. 30):

Ressalta-se, como já referido, que o serviço de saúde em questão é o único que oferta um cuidado especializado para usuários de substâncias psicoativas no município e que sua localização já foi pautada em espaços coletivos representativos, como a 1ª Conferência Municipal e Regional de Saúde Mental/Intersetorial de Aracaju, por encontrar-se em um bairro considerado distante para uma boa parte da população. [...] a distribuição desigual dos CAPS AD no país pode estar interferindo no acesso aos mesmos (SILVA, 2013, p. 30).

A saúde deve ser compreendida como expressão dos condicionantes sociais, culturais, econômicos e históricos da coletividade, e sob esse prisma o trabalho opera uma atribuição fundamental. E este trabalho se desenrola em uma complexa rede de relações de poder, de correlação de forças, em que interesses econômicos e políticos ficam evidenciados, e a pressão e luta social vão exigir respostas políticas que correspondam às reivindicações da população. Não se pode deixar de destacar que a prestação do que chamamos de assistência à saúde abarca os padrões clínicos legitimados pela ciência.

Pensar os serviços disponíveis para atendimento, as ações executadas dentro desse são necessários, para que realmente sejam compatíveis com as necessidades levantadas nas abordagens iniciais. Outras características que merecem atenção são a quantidade de CAPS AD e a localização geográfica; sabemos que a política estabelece critérios bem claros, porém, a demanda por esses serviços aumentou nos últimos anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em caráter conclusivo podemos enfatizar algumas questões que foram relevantes para o estudo que a temática das drogas envolve. Partimos da compreensão de uma série de implicações e sujeitos sociopolíticos em diferentes contextos que são importantes para desvelar essa problemática.

Esta pesquisa estudou a partir do trabalho dos profissionais que atuam na política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas a constituição social, histórica, econômica, política e cultural das drogas, da formulação da política de saúde mental direcionada para o uso de SPAs. Destaca-se a importância da rede de atenção psicossocial diante de avanços e retrocessos observados contemporaneamente, pela negação dos direitos sociais e pelas expressões aguçadas da questão social. Neste ponto, destaca-se entre elas as formas de exclusão das classes mais vulnerabilizadas no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo daqueles que fazem o uso de alguma substância psicoativa.

Particularmente, a questão de gênero, com enfoque na discriminação que mulheres usuárias de álcool e drogas vivenciam na sociedade e no atendimento aos serviços de saúde, é abordada por meio da bibliografia consultada referente às pesquisas na área, como também por meio dos resultados encontrados nesta pesquisa de campo realizada no CAPS AD Primavera, em Aracaju.

É mais evidente, nesse âmbito, a disparidade de gênero, no caso de mulheres dependentes químicas, pois a cultura discriminatória e preconceituosa da sociedade subjuga e torna as mulheres vulneráveis no contexto social, sem notar que o uso abusivo de drogas é também o resultado da história complexa que abarca a aglomeração de fatores de ordens individual, familiar e comunitária. Podemos notar que mesmo diante de todos os avanços e conquistas, as mulheres ainda são estigmatizadas, principalmente se usuárias de álcool e/ou outras drogas.

Nos últimos anos, a ampliação identificada na formulação de políticas públicas tem sido permeada pela inclusão de novos temas, entre os quais está a questão de gênero. Levando em consideração as características específicas associadas às mulheres, e sabendo que essas buscam menos ajuda para as questões relacionadas às drogas, espera-se que nas políticas preventivas e assistenciais as diretrizes orientem tratá-las como seres humanos que carecem de atendimento de políticas públicas específicas, respeitando a sua dignidade e, acima de tudo, as reinserindo socialmente.

O percurso desta pesquisa tornou-se essencial para a compreensão do debate sobre drogas na contemporaneidade, e para compreender que o entendimento desse tema não pode ser dissociado do contexto macro da sociedade, mesmo não sendo possível aqui abarcar todas as dimensões da problemática.

A construção da droga como um problema de saúde pública foi e tem sido um caminho árduo a percorrer, principalmente entre os formuladores de políticas públicas e os profissionais, que em suas intervenções cotidianas, se deparam com a fragilidade da rede de serviços, que ignora na maioria das vezes as demandas gerais e específicas relacionadas ao uso e abuso de drogas.

A literatura e os estudos retratam o quadro desarticulado entre as políticas intersetoriais e como esse processo descompassado interrompe em muitos casos um tratamento que vinha sendo realizado com êxito. Isso nos remete ao investimento governamental, que não tem se preocupado em ampliar seu orçamento para as políticas sociais e, conseqüentemente, não aumenta os equipamentos sociais para que sejam operacionalizadas.

Um dos impasses para o avanço das políticas pode estar relacionado à falta de capacitação fornecida pelo estado, principal órgão operacionalizador da política pública; a precarização das relações trabalhistas também inferem na fragmentação dos serviços e inviabiliza as ações continuadas, pois há uma rotatividade de profissionais que acabam por gerar o desfalque da equipe de trabalho preceituada pela política – reflexo da falta de concurso público na área, como foi demonstrado a partir do espaço do CAPS AD Primavera.

Por outro lado, no âmbito da gestão das políticas, a figura do apoio institucional se torna essencial para a reflexão dessas concepções, das estratégias de intervenção, dos mecanismos para o desenvolvimento do trabalho, ou seja, trata-se da garantia de um suporte e cuidado do profissional que está na ponta do serviço. O profissional, enquanto atuante direto nesse contexto, também precisa de cuidados específicos.

Evidencia-se o contexto neoliberal, em que o capitalismo acirra o processo de precarização dos serviços públicos, ou seja, deixa-se de investir em políticas sociais e na garantia de direitos constitucionalmente instituídos, e isso vai ser refletir no deterioramento e na baixa qualidade da assistência prestada, fator que com o tempo leva a privatização, isto é, a delagação para o setor privado daquilo que é responsabilidade do Estado, outra estratégia política são as terceirizações, que começam a serem traçadas ainda dentro de serviços intitulados de públicos.

Embora já citado, a rotatividade dos profissionais, devido aos vínculos fragilizados e a ausência de capacitações, ocasiona a quebra e/ou inexistência de vínculos entre profissionais e usuários, instrumento importantíssimo no exercício do cuidado.

Outra questão é que em meio a esse emaranhado de interferências, podemos destacar o objeto da transversalidade de gênero dentro da política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, pois não se observa de forma criteriosa que mulheres vêm crescendo em proporção aos homens em relação ao uso de substâncias, sejam lícitas ou ilícitas, e que as motivações e consequências desse uso possuem peso e efeitos diferentes entre os sexos, notadamente em virtude da construção social do papel feminino em toda a história.

Não há como continuar a homogeneizar as ações diante dessa problemática crescente; é urgente que o debate se estenda em todas as esferas sociais, primeiro no sentido de ampliar a discussão do que é droga, afinal de contas, independente de ser legal ou ilegal; é válido ressaltar que as drogas lícitas também causam efeitos de dependência química, e nesse caso as mulheres são as maiores consumidoras dessas substâncias; e ao nos referirmos às denominadas ilegais, urgem preocupações, pois percebeu-se ao longo deste estudo que as mulheres não se vinculam aos serviços especializados. Isso não significa que elas não fazem uso, e nem mesmo que não estejam desenvolvendo o quadro de uso abusivo, mas que existem barreiras socioculturais e históricas que denotam para as mulheres espaços de pertencimento, de aceitação social, o que não ocorre quando se trata de problemas com drogas, isto é, o espaço dos CAPS AD.

Tratam-se de barreiras de acesso às esferas da sociedade, que favorecem episódios continuados de discriminações, de violências, sejam por indivíduos, instituições ou mesmo a família, que não consegue compreender como a mulher, considerada principal responsável pelos cuidados com os filhos, com o marido, chega ao estado de uso, abuso e dependência química. O mais preocupante é que esses preconceitos podem acabar sendo internalizados por parte desses (as) usuários (as).

Observou-se durante o estudo a necessidade urgente de se pautar ações/intervenções voltadas para o público do sexo feminino, sem deixar de articular ambos os públicos nesse espaço; frisa-se: não se trata de fragmentar o serviço, mas de preceituar, discutir que existem demandas diferenciadas que circulam a dinâmica grupal e individual, sobretudo quando se trata da acessibilidade ao serviço, é preciso apreender e investir na oferta de ações mais específicas e na compreensão e enfrentamento das barreiras socioeconômicas e geográficas, pela falta de renda para frequentar o espaço, que não possui uma localização distribuída de forma territorializada que viabilize a assiduidade da população que não tem recursos para um

transporte, por exemplo; barreiras culturais, que ditam regras de normas e comportamentos sobre quem são os usuários, pois para a sociedade é praticamente inaceitável que a mulher seja também usuária de substâncias ilícitas.

Outro impasse encontrado foi a perspectiva do trabalho em rede, que vai desde a saúde até os serviços socioassistenciais, que não compreendem o (a) usuário (a) de drogas como integral, no sentido mais humano que essa palavra pode refletir; há uma limitação social de quem é o (a) “usuário (a)”, rótulos que estigmatizam sem precedentes sua humanidade, e os (as) submete a uma maior vulnerabilidade e os (as) expõem a situações de risco. Torna-se visível, além disso, ampliar os serviços para, deste modo, não fragmentar ainda mais o auxílio prestado, seja ele de saúde ou assistencial. Pois se observou em alguns casos que a falta de vagas e de documentações inviabilizavam a transferência dos (as) usuários as outras fases do tratamento.

Deste modo, a compreensão sobre as drogas e a política é primordial para o trabalho com o público, estar atento aos pressupostos que orientam as possibilidades de elaboração de novas propostas de tratamento em saúde. Esse foi um dado em que se percebeu que o tempo de atuação com a temática influencia o entendimento sobre o assunto, sobre os (as) usuários (as), sobre o próprio espaço do CAPS AD; ou seja, a experiência durante a formação ou vida profissional é um elemento importante para a implicação diária com esse conteúdo; aqueles que estavam recentemente se aproximando desse trabalho ainda não expressavam com mais propriedade questões em torno do que vêm a ser drogas, diferenciais de gênero e a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, porém, já começavam a sinalizar algumas observações.

Não podemos deixar de citar a dificuldade de acesso a conteúdos que estabelecessem uma relação entre a temática do uso de drogas por mulheres e o trabalho dos profissionais com essa especificidade aqui colocada.

Enfim, espera-se que a concretização deste trabalho venha a ser somado com outros já realizados sobre a temática, com o objetivo de contribuir para a compreensão acerca do tema e direcionar novos estudos na área entre as comunidades científica e profissional. Além de despertar para a discussão dos dados relacionados à drogadição feminina na política de saúde e política mental, com a proposição de novas e amplas alternativas no tocante ao tratamento. Assim como o questionamento das intervenções em outros serviços que também recebem de forma espontânea ou por encaminhamento essa demanda. Acrescenta-se a necessidade e importância de ampliar os focos de debate na sociedade para atendimento das

diversidades de públicos que tem suas demandas na área de álcool e outras drogas e que estão até então invisíveis.

Adverte-se que a urgência das políticas públicas de gênero consiste, então, em identificar os grupos mais vulneráveis; tornar visível a discriminação das mulheres e as causas a elas associadas, gerando respostas institucionais adequadas pela transversalidade de gênero.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S; et al. **A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica. 32 (3): 356–362; 2008.

A PEC 55 e a decadência das políticas públicas brasileiras. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/blogs/o-brasil-no-mundo/pec-55-e-a-decadencia-das-politicas-publicas-brasileiras/>> Acesso em 15 de novembro de 2016.

A crise política e os pedidos de impeachment. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/especiais/impeachment>> Acesso em 15 de novembro de 2016.

ALMEIDA, C. B. **Conceito de redução de danos: uma apreciação crítica.** Boletim da Saúde, v. 17, n. 1, 2003.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro. Fiocruz. 1995. 136p.

ANDRADE, M. M. **A Vida Comum: espaço, cotidiano e cidade na Atenas Clássica.** Rio de Janeiro: Eduff, 2002.

ANDRÉ, M. E. D. A. (1983). Texto, contexto e significado: algumas questões na análise de dados qualitativos. **Cadernos de Pesquisa**, (45): 66-71.

ANDRADE, T. M. de; RONZANI, T. Mota. **A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento.** Cap. 2. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. – 5. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 140 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 5. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Portaria/SNAS nº 224 - 29 de Janeiro de 1992.** Normas para o Atendimento Ambulatorial (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS).

_____. **Manual de Redução de Danos.** Coordenação Nacional de DST e AIDS. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. Série Manuais, nº 42. Brasília. 2001.

_____. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2001.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. **Portaria nº 336 - 19 de Fevereiro de 2002.** Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.

_____. **Formação.** Mercado de Trabalho em Saúde. 06. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SEGETES. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DGES. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. Ministério da Saúde. 2002.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. **Política Nacional de Humanização.** Ministério da Saúde. 2003b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Políticanacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projeto)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005a.

_____. **Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas.** Convênio Comissão Econômica para América Latina e Caribe – CEPAL. Secretaria Especial de Política para as Mulheres – SPM. CEPAL. SPM. Brasília. 2005b.

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas-Sisnad.

_____. **Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2008.

_____. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BARBOSA, R.P. **Relações de gênero e a lógica da competência no mercado de trabalho.** Revista de Carreiras e Pessoas São Paulo - ReCaPe. V.03 n.02 Mai/Jun/Jul/Ago 2013. Páginas 36-52.

BELMONTE, P. R. **A reforma psiquiátrica e os novos desafios da formação de recursos humanos.** ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, org. *Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 224 p. ISBN 85-85676-27-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

BOLZAN, L. DE M. **Onde estão as mulheres?** A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Mestrado em Serviço Social. Porto Alegre 2015

BORGES, J. L. de J. **A reestruturação organizacional do modelo de saúde e o processo de educação permanente no SUS.** Universidade Federal de Sergipe. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Núcleo de Pós-Graduação em Educação. Mestrado em Educação. São Cristóvão. Sergipe 2009.

BORGES, J. L. DE J. **Representações do Trabalho Médico em Saúde da Família - Algumas Considerações sobre Brasil e Portugal.** Universidade Federal de Sergipe Núcleo de Pós-Graduação em Educação Doutorado em Educação. São Cristóvão (SE) 2014.

CALDAS, A. de A; NOBRE, J. C. de A. **Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileira: Reflexões Acerca da Cidadania dos Portadores de Transtornos Mentais** Mental Health And Brazilian Psychiatric Reform: Reflections On The Citizenship Of People With Mental Disorder. Cadernos UniFOA. Edição nº 20 – Dezembro/2012.

CARLINI, E. L. de A. **Mitos e dados epidemiológicos a respeito do uso de drogas.** Álcool e Outras Drogas./ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP, 2011. 142f.; 23cm. Bibliografia ISBN: 978-85-60405-19-0.

CARVALHAES, F. F. de; TONELI, M.J. **Rainhas do tráfico de drogas: imagens de poder.** Anais do II Simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 18 e 19 de agosto de 2011. GT5 – Gênero e Violência. Centro de Políticas Sociais. Fundação Getúlio Vargas. <http://cps.fgv.br/>

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (5):1400-1410, set-out, 2004.

CECILIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. s/a. Disponível em: http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf Acesso em 15 de dezembro de 2017.

COELHO, E. de A. C. et all. **Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional.** Esc Anna Nery RevEnferm 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160

CRUZ, M.H.S. Perspectivas e Desafios da Transversalidade Das Políticas Públicas de Gênero. IN: Maria Helena Santana Cruz; Josiane Soares Santos; Maria da Conceição A. Vasconcelos; Naila M. de S. Araújo. (Org.). **Reconfiguração do Estado e Suas Expressões na Política Social Brasileira**. 1ed.São Cristóvão: Editora UFS, 2015.

CRUZ, M.H. S.Apresentação. **De gente a gente só tem o nome: A mulher no sistema penitenciário em Sergipe**. (Org.) ALVES, Amy A.C. de Faria, Aracaju: Editora UFS/Fundação Oviêdo Teixeira. 2001.

_____.Matrizes teóricas nos estudos de gênero e Trabalho. In: **Trabalho, Gênero e Cidadania: Tradição, Modernidade**. Aracaju: Editora UFS, 2005.

_____.; FERREIRA, S. M. B. **A rede de saúde na assistência para pessoas com dependência de álcool e outras drogas: das UBS e CAPS-AD aos hospitais gerais e hospitais psiquiátricos**. Capítulo 1. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Módulo 6 - Modalidades de tratamento e encaminhamento. 5ª Edição. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 5. Ed. Brasília. 2014.

CONNEL, R. W. Políticas da masculinidade. **Educação e Realidade**, 1995,2 (20), 185-206.
DEVERA, D; ROSA A. da C. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis**. Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP. Revista de Psicologia da UNESP, 6 (1), 2007. 60-79.

FAGUNDES, H. S; NOGUEIRA, V. M. R. **O Princípio da Integralidade nas Políticas Nacionais de Saúde e Assistência Social**.

FRANCO, L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Plano Editora, 2003.

GARCIA, L., et al. **A Política Nacional de Saúde Mental e a Organização da Rede de Atenção**. Capítulo 7. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. – 5. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 5. Ed.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo. Atlas. 2010.

GOFFAMAN, E. **Estigma** – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada Tradução: Mathias Lambert. Data da Digitalização: 2004. Data Publicação Original: 1891.

GOMES, B. R; CAPPONI, M. **Álcool e outras drogas: novos olhares,outras percepções. Álcool e Outras Drogas./ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região**. – São Paulo: CRPSP, 2011. 142f.; 23cm. Bibliografia ISBN: 978-85-60405-19-0

GORGULHO, M. **Drogas e sociedade. Álcool e Outras Drogas./ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região**. – São Paulo: CRPSP, 2011. 142f.; 23cm. Bibliografia ISBN: 978-85-60405-19-0

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

HEIDRICH, A.V. **Transformações no estado capitalista:** refletindo e refratando transformações na questão social. Revista Virtual Textos e Contextos, nº 5, ano V, nov. 2006.

HIRATA, H.; ZARIFIAN, P. **O conceito de Trabalho.** In: Trabalho e Cidadania Ativa para as Mulheres: Desafio para as Políticas Públicas. Marli Emilio (org.). Marilane Texeira; Miriam Nobre; T.G. (Orgs.). São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2003.

HIRATA, H. (org). **Divisão capitalista do trabalho.** (Tópicos: O que é qualificação do trabalho? Da divisão do trabalho entre os sexos. Introdução. À Psicopatologia do trabalho). **Tempo social.** USP, São Paulo, 1 (2): 73-103, 2 sem, 1989.

HUEB, D. A. Drunkorexia: saiba mais sobre esse transtorno alimentar. Artigo de especialista - publicado em 20/10/2010. Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/saude/materias/12134-drunkorexia-saiba-mais-sobre-esse-transtorno-alimentar>> Acesso em 04 de abril de 2017.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil:** ensaios de interpretação sociológica. 38ª. Ed. Rio de Janeiro: Cortez Editores, 2013.

IANNI, Ó. **O Príncipe eletrônico.** In: Enigmas da Modernidade-Mundo. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2000, p. 141-166.

IANNI, O. (org.). **Max** – Sociologia. 7ª Ed. São Paulo: Ática, 1992, p. 7-42.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=ecodmun=280030>> Acesso em 28 de julho de 2015.

II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico:** procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório publicações e trabalhos científicos. 7 ed. São Paulo. Atlas. 2009.

MARANGONI, S.R.; OLIVEIRA, M.L. F. de. **Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22 (3): 662-70.

MARTINELLI, M. L. (Org.). **Pesquisa Qualitativa:** um instigante desafio. São Paulo. Veras Editora, 1999.

MARTINS, M. I. C de; MOLINARO, A. **Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 18 (6):1667-1676, 2013.

MARSIGLIA, R. M. G. O projeto de pesquisa em Serviço Social. **Capacitação em Serviço Social e Política social.** Módulo V. Brasília: UNB, 2000.

MARX, Karl. Processo de trabalho e processo de valorização. In: ANTUNES, R. (org). **A dialética do trabalho.** São Paulo. Expressão Popular. 1ª Edição. 2013. 16p.

MEDEIROS, R. **Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas.** Social construction of drugs and crack and the institutional responses and therapeutic approaches. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.1, p.105-117, 2014.

MELLO, M.R.V. de; SOUZA, W.. **A exclusão social entre mulheres usuárias de álcool e outras drogas.** VI Congresso de Humanização. as Diversas Faces da Humanização em Saúde. 2015.

MESQUITA J. F. de; NOVELLINO M. S. F; CAVALCANTI M. T. **A reforma psiquiátrica no Brasil:** Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Caxambu – MG – Brasil. 2010.

MINAYO, M. C. de S. (Org.), **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. (13ªed). Petrópolis: Vozes. 2007.

MINOZZO, F., et al. **Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde e integralidade.** Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Módulo 5 - Atenção integral na rede de saúde. 5ª Edição. Capítulo 1. Brasília. 2014.

MOURA, T. **Rostos invisíveis da violência armada:** um estudo de caso sobre o Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007.

MORAES, M.; CASTRO, R.; PETUCO, D.. **Gênero e Drogas:** Contribuições para uma atenção integral à saúde. Instituto PAPAI | Gema/UFPE. 1ª edição. Recife/PE, 2011.

MOTA, L. A. **Dependência Química:** Problema biológico, psicológico ou social? São Paulo: Paulus; 2007. 84 pp. (Coleção Questões Fundamentais da Saúde, 12). ISBN: 978-85-349-27.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: **Revista Temporalis.** Ano II, nº 03, 2ª Ed. Brasília, ABEPSS. Gráfica Odisseia, 2004.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política:** uma introdução crítica. São Paulo. Cortez. 7 ed. V. 1. 2011.

NETTO, J. P. Introdução ao método na teoria social. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.) **Serviço Social:** debate e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** São Paulo. Cortez. 1992. Cap. 1.

NEVES, M. de A.. **Reestruturação produtiva, qualificação e relações de gênero.** Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Ministério da Justiça. Disponível em: <<http://obid.senad.gov.br/obid>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2016.

Drogas - Informações Gerais - Classificação das Drogas. Disponível em: <http://www.quimica.seed.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=255>. Acesso em 10 de março de 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Porto Alegre: Editora Artes Medicas Sul, 1993.

OLIVEIRA, W. V. de. **A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria.** História, Ciências, Saúde— Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan.-mar. 2011a.p.141-154.

OLIVEIRA, J.F. de; PAIVA, M.S..**Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero.** Esc. Anna Nery Ver. Enferm 2007 dez; 11 (4):

OLIVEIRA, M. A. F. de. **Políticas públicas sobre drogas: situação atual, desafios e perspectivas.** Álcool e Outras Drogas./ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP, 2011b. 142f.; 23cm. Bibliografia ISBN: 978-85-60405-19-0.

OLIVEIRA, J. F. de; PAIVA, M. S; VALENTE, C. L. M.Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. Ciência & Saúde Coletiva, 11 (2):473-481,2006.

OLIVEIRA, J.F. de; NASCIMENTO, E.R. do; PAIVA, M.S..**Especificidades de usuários (as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade.** Esc Anna Nery RevEnferm 2007 dez; 11 (4): 694 - 8.

OLIVEIRA, J.F. de; PAIVA, M. S. **Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero.** Esc Anna Nery RevEnferm. 2007 dez; 11 (4): 625 - 31.

PAULIN, L. F; TURATO, E. R.: ‘**Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**’. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 11 (2): 241-58, maio-ago. 2004.

PASSOS, E. H; SOUZA, T. P. “**Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”**” Psicologia & Sociedade; 23 (1): 154-162, 2011

PASTORINI, A. **A categoria “questão social” em debate.** São Paulo. Cortez. 2004.

PAYÀ, R. Terapia familiar. In: A Diehl; D Cordeiro & R. Laranjeiras (orgs). **Dependência química: Prevenção, tratamento e políticas públicas** (319-326). Porto Alegre: Artmed, 2011.

PECHANSCKY, F., et al. **Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: mulheres, adolescentes, idosos e indígenas.** Capítulo 4. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. – 5. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 5. Ed. 2014.

PEREIRA, P.A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. ET AL. (orgs). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas.** São Paulo. Cortez, 2008, p. 87 a 109.

PEREIRA, F.F.B.; MARUYAMA, M. das G.N..Dependência do álcool em mulheres: Aspectos relevantes no tratamento. s/a.PEREIRA, C; TORRES, A. R. R; ALMEIDA, S. T.

Um estudo do preconceito das representações sociais: análise da influencia de um discurso justificador da discriminação no preconceito racial. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2003, 16 (1), PP. 95-107.

PETUCO, D. R. da S. **Redução de Danos.** Álcool e Outras Drogas./ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP, 2011. 142f.; 23cm. Bibliografia ISBN: 978-85-60405-19-0.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. 3.ed. Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco. 2005.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde.** R. Bras. Enferm., Brasília, v. 53, n.2, p. 251-263, abril - jun. 2000.

PL 4.330. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/04/27/quadro-pl-4.330>. Acesso em 02 de dezembro de 2016.

POZ, MRD., PERANTONI, CR., and GIRARDI, S. **Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil.** In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: Organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 187-233. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

POZZO, C. F. D; FURINI, L. A. **O conceito de exclusão social e sua discussão. The concept of social exclusion and the discussion.** Departamento de Geografia da FCT/UNESP, Presidente Prudente, n. 10, v.1, janeiro a junho 2010, p 86-92. 86.

PROTAZIO, M. M. **Redução de Danos entre a saúde mental e a atenção básica.** Trabalho de conclusão de curso da Pós-Graduação Lato Sensu –Especialização em Atenção Integral ao Consumo e Consumidores de Álcool e outras Drogas do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) como requisito para obtenção de título de especialista. Salvador. 2013.

RABELLO, P. M.; JÚNIOR, A. de F.C. **Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas.** Rev. Saúde Pública 2007;41 (6):970-8.

QUEIROZ, M. I. P. (1987). Relatos orais: do "indizível ao "dizível". **Ciência e Cultura**, São Paulo, 39 (3):272-28¾ .

RASCH, Scheila Silva; ANDRADE, Angela Nobre. Movimentos do corpo-vida de mulheres usuárias de drogas. In: **Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais, XVII, XII, 2012.** Anais. Curitiba: Centro Reichiano, 2012. [ISBN – 978-85-87691-22-4]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos.

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 08 de novembro de 2016.

RIBEIRO, M. de M. **Drogas e redução de danos: Análise crítica no âmbito das ciências criminais** 01/06/2012 329 f. doutorado em Direito Instituição de Ensino: Universidade de São Paulo Biblioteca Depositária: Biblioteca da FDUSP.

ROSA, A. da C-..**Subjetividade e uso de drogas**1. Álcool e Outras Drogas./ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP, 2011. 142f.; 23cm. Bibliografia ISBN: 978-85-60405-19-0

ROY, L. **O modo de ser mulher trabalhadora na reestruturação produtiva**: Cap. 1 – Reestruturação produtiva, 21-53; Cap. 2 A inserção feminina no mercado de trabalho e sua qualificação, 57-79. Campinas/São Paulo, Editora Alinea, 1999.

SANTOS, V. E. dos; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S.. **Redução de danos**: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. PhysisRevista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [3]: 995-1015, 2010.

SANTOS, A. S. dos. **Redução de Danos**: avanços e desafios da ampliação de suas áreas de atuação. Especialização Salvador/BA O CAPS AD. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas Ações Integradas. Salvador/BA. 2013.

SANTOS, T. R. F. R. **As ações do projeto de redução de danos**: a percepção dos redutores que atuam no município de Aracaju/SE. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão/SE. 2014.

SCOTT, J. W. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n.2, jul./dez, 1995.

SILVA, I. S. da. **A política de saúde mental**: uma proposta de cidadania?.Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Departamento de Saúde Coletiva XXI. Curso de Especialização em Saúde Pública. Recife. 2005.

SILVA, E. S. da. **As entrelinhas da inclusão/exclusão social na atualidade**: uma discussão conceitual . V Jornada internacional de políticas públicas. Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital. São Luis –MA. 2011a.

SILVA, E. A. da.**Intervenções clínicas: o uso, abuso e dependência de drogas**. Álcool e Outras Drogas./ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP, 2011b. 142f.; 23cm. Bibliografia ISBN: 978-85-60405-19-0

SILVA, L. A. S. M; et al.Relatório de Pesquisa 1. Caracterização do perfil dos usuários do CAPS AD Primavera em Aracaju/SE. Relatório de Pesquisa 2. Ações e estratégias desenvolvidas na inserção dos familiares dos usuários do CAPS AD Primavera em Aracaju/SE. Relatório de Pesquisa 3. Estratégias de atenção aos usuários de crack e outras drogas na rede de atenção primária a saúde no município de Aracaju/SE. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Universidade Federal de Sergipe. Pró-Reitoria de Extensão. Prefeitura Municipal de Aracaju. Secretaria Municipal de Saúde. Pet – Saúde/Saúde Mental – crack, álcool e outras drogas. **Relatório Final atenção e cuidado em saúde mental a usuário de crack e outras drogas do CAPS AD em Aracaju/SE**. Aracaju/SE. 2012.

SILVA, P. L. da. **Mulheres usuárias de substâncias psicoativas: barreiras de acessibilidade em um CAPS AD.** Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Salvador 2013.

SODELLI, M. **Drogas e ser humano:** a prevenção do possível. Álcool e Outras Drogas./ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP, 2011. 142f.; 23cm. Bibliografia ISBN: 978-85-60405-19-0

SOUSA, J. F. de. **A Política de atenção a dependentes químicos no município de João Pessoa/PB:** Uma análise sobre o atendimento a mulheres no Centro de Atenção Psicossocial Jovem Cidadão. Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. João Pessoa/PB. 2011.

SOUZA, M. R. R. DE. **Repercussões do envolvimento com drogas para a saúde de mulheres atendidas em um CAPS AD de Salvador-BA.** Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador. 2013.

SPOSATI, A. **Exclusão social abaixo da linha do Equador.** Esta exposição foi originalmente apresentada no Seminário Exclusão Social, realizado na PUC/SP. USP. 1998.

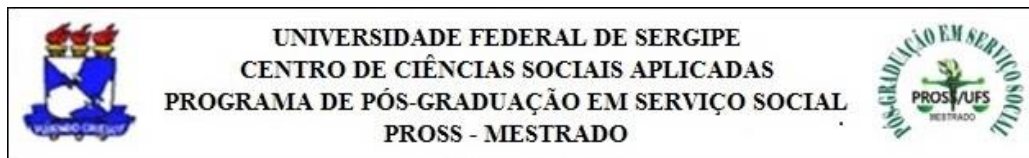
VARGAS, C. L. M. de; DYTZ, J. L. G. **Mulheres em situação de abuso ou dependência de álcool:** explorando semelhanças. Rev Tempus Actas Saúde Colet. 2010;4 (1):51-8.

VINADÉ, T. F; CRUZ, M. S; BARBEITO M. M. Capítulo 5. Estratégias de Redução de Danos: da atenção primária à secundária. 91-107 p. **In:** Atenção Integral na rede de saúde: módulo 5. – 5 ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 108p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 5. Ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni).

YAZBEK, M. C. **Pobreza e exclusão social:** expressões da questão social no Brasil. Temporalis. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2, n. 3 (jan/jul. 2001). Brasília: ABEPSS. Grafile. 2001. 88p.

WERMELINGER, M; et al. **A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil:** Focalizando a Feminização (Workforce at the Health Sector in Brazil: Focusing on Feminization) Nota: Trabalho publicado na Revista Divulgação em Saúde para Debate, No.45 maio 2010, Rio de Janeiro, pp54-70. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>. Acesso em 10 de Janeiro de 2017.

APÊNDICEA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre “AS RELAÇÕES DE TRABALHO E DE GÊNERO NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CAPS-AD NO MUNICÍPIO DE ARACAJU.” O participante será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. Com o consentimento da sua participação, será realizada uma entrevista com gravação.

O estudo tem como objetivo trazer à cena do campo da produção do conhecimento as relações de trabalho e de gênero na percepção dos profissionais que atuam no CAPS-AD no Município de Aracaju.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a), sendo os resultados utilizados somente para fins científicos. Diante disso, solicito a sua colaboração nesse estudo, que ocorrerá em local determinado em concordância entre o entrevistado e a pesquisadora.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Toda pesquisa com seres humanos acarreta riscos. O risco desta pesquisa é mínimo e referente à emissão de opinião sobre assunto com repercussão social. O qual será atenuado pela garantia de sigilo, oferta de local e horário reservado e conveniente; como também, pela oferta do benefício. O benefício direto é a oportunidade de reflexão sobre a problemática que interessa a todos os seres humanos, e o indireto uma provável melhoria no trabalho profissional e na operacionalização das políticas públicas.

Sua autorização será confirmada mediante a assinatura do termo abaixo.

Eu, _____ de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa da aluna Thalyta Rayanna Fontes Rocha Santos, orientada pela Prof^a. Dr^a. Maria Helena Santana Cruz, tendo em vista que estou ciente de todas as informações acima descritas e que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Declaro ainda que o termo foi assinado em duas vias, uma ficando comigo e a outra com a responsável pela pesquisa.

Participante

Pesquisadora

Aracaju/SE, ____ de _____, 2016.

Contato:

ThalytaRayanna Fontes Rocha Santos / E- mail: thalyta.rayanna@hotmail.com
Telefone: (79) 99905-2111
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Santana Cruz
UFS: 3194-6357

APÊNDICE B

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

Serviço: _____

1. Quantitativo dos profissionais por área de formação e sexo?
2. Caracterização do Serviço Ofertado:
3. Quantitativo por sexo do público atendido:

APÊNDICE C
ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE I
IDENTIFICAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A)

Sexo:

Profissão:

Especialização:

Cargo que ocupa/função:

Vínculo empregatício:

Quanto tempo atua nessa problemática?

Recebeu algum tipo de capacitação para trabalhar nessa área?

PARTE II

Sobre Álcool e Drogas:

1. Qual é a principal causa do fenômeno do uso de drogas?

Sobre o Trabalho:

2. Sob quais pressupostos o seu trabalho é desenvolvido na rede?
3. Quais os aspectos positivos e negativos do seu trabalho?
4. Qual a maior dificuldade na operacionalização do seu trabalho?

Sobre a Rede

5. Como funciona a rede de serviços existentes para o atendimento a usuários de álcool e outras drogas?

Sobre Gênero

6. Percebe diferenças entre mulheres e homens no uso que fazem das drogas?
7. São realizadas as ações diferenciadas no atendimento ao público feminino e masculino?

8. Acredita ser mais fácil para o homem ou para mulher trabalhar nessa área? Por quê?

Sobre a Política e os Direitos sociais

9. O que mudaria da política de atenção a usuários de álcool e outras drogas para melhorar o atendimento e a viabilização dos direitos sociais?
10. Para o (a) senhor (a), quais são os desafios e limitações deste órgão para efetividade dessa política?
11. Como percebe a transversalidade de gênero na Política Pública sobre Álcool e outras Drogas na área da Saúde?

ANEXO I


ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO PESQUISA

Prezado Coordenador

Cumprimentando-a cordialmente, gostaríamos de agradecer a parceria e empenho das atividades curriculares junto as Instituições Formadoras.

Encaminhamos para a realização de pesquisa a aluna do Pós- Graduação do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe Thalyta Rayanna Fontes Rocha Santos, sob orientação da Prof^a. Maria Helena Santana Cruz.

O projeto de pesquisa tem como título: "A Política Pública sobre Álcool e outras Drogas na Área de Saúde".

A coleta de dados será iniciada na data constante nessa autorização se estendendo até outubro do corrente ano .

A pesquisa será realizada conforme disponibilidade dos respondentes da mesma.

Aracaju, 03 de agosto de 2016.

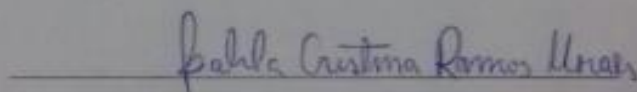

MARIA JOSÉ DE FREITAS PEREIRA
Coordenadora do Centro de Educação Permanente da Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Sergipe 1330 - Bairro Siquiera Correia - Aracaju - SE
CEP: 49075-649 - Tel: (79) 2108 9710 - Fax (79) 2306-9711.

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE REVISÃO GRAMATICAL

Declaro, para os fins que se fizerem necessários, que realizei a correção da dissertação de mestrado intitulada *As relações de trabalho e de gênero na percepção dos profissionais que atuam no CAPS AD no município de Aracaju* de autoria de Thalyta Rayanna Fontes Rocha Santos, conforme as normas do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990), adotado no Brasil em 2009. Por ser verdade, firmo a presente declaração.



Isabela Cristina Ramos Moraes
Graduada em Letras Português
Graduanda em Comunicação Social (hab. Jornalismo)